

Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

XV^e Série - 98^e Année - T. II - ~~1939~~
~~1939~~ 1940

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, CAPGRAS, H. CLAUDE,
COURBON, A. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE,
J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER,
J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT,
PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC, SÉRIEUX,
Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1940)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Colonies, 190 fr. Prix du n° : France, 27 fr. ; Etranger, 8 0,60
Changement d'adresse, 1 fr.

Prix pour l'Etranger ...	{	Tarif N° 1 5 dollars 75	Tarif N° 2 6 dollars
--------------------------	---	----------------------------	-------------------------

N. B. — Les abonnements étrangers sont payables en dollars ou en toutes devises étrangères au cours du dollar lors du règlement.

Ne bénéficient du tarif réduit n°1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, République Argentine, Belgique, Bolivie, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Finlande, Grèce, Guatemala, Haïti, Hedjaz, Honduras, Hongrie, Iran, Irak, Italie, Lettonie, Libéria, Lithuanie, Mexique, Nicaragua-Panama, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal et ses colonies, République Dominicaine, Roumanie, San-Salvador, Suède, Suisse, Tchéco-Slovaquie, Turquie, Union Africaine du Sud, Uruguay, U. R. S. S., Venezuela, Yougoslavie.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

	France	Etranger
<i>Table générale et alphabétique</i> (1843 à 1876). 1 volume in-8.....	£6 fr.	\$ 1,95
<i>Table générale et alphabétique</i> (1867 à 1878). 1 volume in-8.....	86 fr.	1,95
<i>Table générale et alphabétique</i> (1879 à 1930). 1 volume in-8... ..	172 fr.	3,90
I ^{re} série, par BAILLARGER, CERISE et LONGET (1843 à 1848), 12 vol. in-8, avec plans. Les années 1846-1847 sont épuisées. 8 vol. in-8.	833 fr.	19,05
II ^{re} série (1849 à 1854), par BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT et CERISE. 6 volumes in-8.....	945 fr.	21,70
III ^{re} série (1855 à 1862), par BAILLARGER, MOREAU (de Tours) et CERISE. 8 volumes in-8.....	1.230 fr.	28,25
IV ^{re} série (1863 à 1868), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 12 vol. in-8	858 fr.	19,70
V ^{re} série (1869 à 1878), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 20 vol. in-8	1.517 fr.	34,85
VI ^{re} série (1879 à 1884), par BAILLARGER, LUNIER et FOVILLE. 12 volumes in-8.....	888 fr.	19,70
VII ^{re} série (1885 à 1894), publiée par BAILLARGER, FOVILLE et RITTI. 20 vol. in-8.....	1.430 fr.	32,85
VIII ^{re} série (1895 à 1904), publiée par ANTOINE RITTI. 20 vol. in-8.....	1.430 fr.	32,85
IX ^{re} série (1905 à 1911), publiée par A. RITTI. 14 volumes in-8.....	1.000 fr.	23,00
X ^{re} série (1912-1920), publiée par A. RITTI et H. COLIN. 14 vol. in-8.....	1.000 fr.	23,00
XI ^{re} série (1921), publiée par HENRI COLIN, 2 volumes in-8.....	143 fr.	3,25
XII ^{re} série (1922 à 1930), publiée par HENRI COLIN. 18 volumes in-8..	1.287 fr.	29,60
XIII ^{re} série (1931), publiée par RENÉ CHARPENTIER. 2 volumes in-8..	253 fr.	5,75
XIV ^{re} série (1932 à 1934), publiée par RENÉ CHARPENTIER. 6 vol. in-8	769 fr.	17,35
XV ^{re} série (1935 à 1939), publiée par RENÉ CHARPENTIER. 10 vol. in-8	1.265 fr.	28,80

Les *Annales medico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1940

TOME DEUXIÈME

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

M. M. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, CAPGRAS, H. CLAUDE,
COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE,
J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER,
LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT,
PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC, SÉRIEUX,
Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

90152

XV^e SÉRIE — 98^e ANNÉE — 1940
TOME DEUXIÈME



MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 98^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1940

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Le placement familial des aliénés et des psychopathes. Sa portée médicale et sociale. — Introduction. Les origines du placement hétéro-familial, par J. VIÉ.....	1
Le placement familial des aliénés et des psychopathes. Indications psychiatriques du placement familial, par J. VIÉ.....	110
Syndrome protubérantiel atypique avec anosmie, par EUZIÈRE, E. FASSIO et R. LAFON.....	50
L'hippus dans les affections mentales, par A. BARRÉ.....	97
Recherches cliniques et expérimentales sur le mécanisme d'action de la cure de Sakel, par P. COSSA et H. BOUGEANT.....	193
La thérapeutique du délire aigu par les injections intra-rachidiennes de vitamine B ₁ , par R. DEPOUY et M ^{lle} MICUCCI.....	201
Les troubles de la circulation cérébrale et de la circulation générale dans les psychoses, par H. BARUK et M. RACINE.....	206

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 27 mai 1940

	Pages
Adoption du procès-verbal.....	55
Correspondance.....	55
Election de deux membres titulaires.....	55
Nomination d'une Commission.....	56
Prix de la Société Médico-Psychologique.....	56
Le choc traumatique de guerre, par M. A.-P. CHATAGNON.....	57

Séance du jeudi 11 juillet 1940

Correspondance.....	143
Allocution du Président.....	143
Sentiment de dépersonnalisation chez une mélancolique anxieuse, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN.....	144
Erotomanie féminine avec transfert filial, expression de l'instinct de conservation, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN.....	148
Syndrome adiposo-génital atypique avec démence, par M. LAIGNEL- LAVASTINE, M ^{lle} SUZANNE BARRET et M. J. ASUAD.....	152
Lèpre et troubles mentaux. Un nouveau cas, par M. X. ABÉLY et M ^{lle} GRAVEJAL.....	156

Séance du lundi 28 octobre 1940

Adoption du procès-verbal.....	213
Décès du Professeur Henry Meige.....	213
Correspondance.....	214
Félicitations à M. le Professeur BAUDOUIN.....	214
Date des prochaines séances.....	214
Un cas de syndrome de Simmonds (cachexie hypophysaire) à évo- lution lente d'origine traumatique (projectile situé dans la selle turcique), par MM. M. BRISSET et M. FROIDEFOND.....	214
L'épilepsie convulsive généralisée d'origine éthylique chronique (étude pathogénique, clinique et diagnostique), par MM. M. BRISSET J. BELFIS et M. FROIDEFOND.....	222
Interprétations délirantes de préjudice avec excitation suivies de chorée chronique avec anémie aiguë, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN.....	231
Hérédité et épilepsie. Une famille avec quatre générations consé- cutives d'épileptiques, par MM. H.-M. GALLOT et J.-F. BUVAT.....	238
Deux cas de paralysie générale infantile, dont l'un traité par la malaria, par MM. R. DUPOUY, SÉBILLOTTE et MAURICE.....	245

	Pages
Délire d'intuition, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, J. DELAY et DESHAIES.....	249
Crises convulsives chez une déséquilibrée érotique. Amélioration par injection d'hormones complémentaires, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, M. BOUVET et FOLLIN.....	256
Syndrome pseudo-bulbaire avec palilalie, palipraxie et troubles mentaux, par MM. P. GUIRAUD, M ^{lle} M. MICUCCI et M. R. HAAS.....	262
Accidents psychopathiques conscients et mnésiques chez un épileptique, par MM. X. ABÉLY et M ^{lle} E. GRAVEJAL.....	265

Séance du 25 novembre 1940

Adoption du procès-verbal.....	272
Correspondance.....	272
Election d'un membre titulaire honoraire.....	272
Date de la séance de décembre.....	273
Heures de début des séances du lundi.....	273
Décès du Professeur Wagner v. Jauregg.....	273
Démonomanie et syndrome de Cotard. Rapports avec la mélancolie et le syndrome obsessionnel primitif, par MM. H. CLAUDE, M ^{me} le Dr MICHON et M. ROSINAUER.....	273
A propos de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique, par M. L. MARCHAND.....	280
Le test de Rorschach appliqué à l'examen clinique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, M ^{me} MINKOWSKA, BOUVET et FOLLIN.....	289
Quelques considérations sur les psychoses de guerre et l'alcoolisme, par M. RAYNEAU.....	291

Séance du 16 décembre 1940

Adoption du procès-verbal.....	293
Correspondance.....	293
Séances de la Société en janvier 1941.....	293
Vacance de deux places de membre titulaire.....	293
Election d'un membre correspondant national.....	294
Académie de Médecine.....	294
Décès du Dr R. D. Anglade.....	294
Rapport de la Commission des Finances.....	294
Rapport du Secrétaire général.....	295
Election du Bureau de la Société pour l'année 1941.....	296
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1941.....	298
Conseil d'administration.....	298
Commission des Finances.....	298
Prix de la Société Médico-Psychologique.....	298
Troubles fonctionnels digestifs, hypocondrie secondaire, par M. E. BOLTANSKI.....	299
La notion de fond mental, par E. MINKOWSKI.....	305

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

	Pages
<i>Séance du jeudi 1^{re} février 1940</i>	62
<i>Séance du jeudi-7 mars 1940</i>	65

VARIÉTÉS

Académie de Médecine.....	328
— des Sciences : Prix.....	328
Hygiène et Prophylaxie : Censure cinématographique et protection de la jeunesse.....	189
Législation : Modification du Code pénal concernant les mineurs délinquants.....	95
— Loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme.....	189
Nécrologie.....	192
Société Médico-Psychologique : Séances..... 15, 187,	327
— — Nécrologie..... 187,	327
— — Légion d'honneur.....	328
Sociétés : Société suisse de Psychiatrie.....	187
Université de Paris : Conférences de la Sorbonne.....	187
— Faculté de Médecine.....	328

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

- Adiposo-génital** (syndrome) atypique avec démence (LAIGNEL-LAVASTINE, Mlle S. BARRET et J. ASUAD), 152.
- Alcooliques** (service spécial des aliénés) du département de la Seine (J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE), 165.
- Algies** (les) des états cyclothymiques (André-THOMAS), 317.
- Altitude** (influence de l') sur le liquide céphalo-rachidien. Vérification dans un cas de maladie de Monge (A. ARELLANO), 84.
- Angine de poitrine**. La main fantôme, signal symptôme (J. LHERMITTE, Mlle ROBERT et M. NEMOURS-AUGUSTE), 63.
- Anorexie mentale**. Extraits du lobe antérieur d'hypophyse (COULONJOU et HÉCAEN), 186.
- Anoxhémie** (étude clinique des effets de courtes périodes d') sévères comparés à ceux du choc cardiazolique (M.-R. FRASER et F. REITMANN), 85.
- Aphasie** et lobe pariétal gauche (A. AUSTREGESILLO), 74.
- Apraxie constructive**, troubles de l'aperception et rapports spatiaux (O. JANOTA), 174.
- Artères encéphaliques basales**. Anomalies humaines et phylogénie (M.-F. VIDAL), 82.
- Astéréognosie** (le syndrome de l') spasmodique des vieillards (J. LHERMITTE et VOTO-BERNANES), 62.
- Automatisme** (l') mental schizophrénique (D. KOURÉTAS et Ph. SCOURAS), 163.

B

- Biologie** (la) de l'esprit et ses applications pédagogiques. L'éducation de demain (J.-E. MARCAULT et Th. BROUSSE), 71.
- Blondel Charles** : un psychologue humaniste (H. WALLON), 169.
- Brome** (le) de l'économie (URECHIA et Mme RETEZEANU), 323.

C

- Cannabiques** (psychoses) aiguës. Syndrome catatonique (Ph. SCOURAS), 166.
- Carbone** (oxyde de). Séquelles neuropsychiatriques rares dans l'intoxication (N. ROTH et M. HERMAN), 166.
- Cardiazol** (de l'accoutumance au) chez le lapin (W. STRYJENSKI et J. DRETLEH), 85.
- (recherches sur la dose minima de) déclenchant la crise chez le lapin (W. STRYJENSKI et J. DRETLEH), 85.
- (le) en dehors de la démence précoce et de la schizophrénie (P. DELMAS-MARSALET, H. BENGOUIGNAN et J. LAPON), 184.
- (retour de la conscience après convulsions par le) (L.-H. COHEN), 185.
- Cataplexie** (la) (P. VERGER et J. LAPON), 176.
- Cécité** (la) d'origine émotive (F. TERRIEN), 78.

(1) Les chiffres en caractères gras renvoient aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- Cérébelleuse** (le syndrome de la) postéro-inférieure de Wallenberg (J. LHERMITTE et VOTO-BERNANES), 63.
- Cerveau** (calcification corticale du) simulant la maladie de Pick (E. KAHN et H.-M. ZIMMERMAN), 83.
- Choc** (le) traumatique de guerre (P.-A. CHATAGNON), 57.
- Chorée chronique**. Interprétations délirantes avec excitation (LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN), 231.
- Chorées des vieillards** (R. PAULY), 177.
- prolongées (L. BABONNEIX et R. GUILLY), 178.
- Cocaïne** (catatonie expérimentale produite par la) (C. GUTTIERREZ-NORIEGA et H. ROTONDO), 86.
- Coma** (étude du) prolongé consécutif au choc insulinaire (D. LESTER), 92.
- Connaissance** (la) des élèves par eux-mêmes (N. MARGINEANU), 82.
- Constitution** (la) individuelle dans la circulation des valeurs culturelles (S.-P. CUPCEA), 80.
- Convulsivant** (traitement) de quelques maladies mentales (L. von MEDUNA et A. FOZ), 93.
- Convulsives** (crises) chez une déséquilibrée érotique (LAIGNEL-LAVASTINE, H. BOUVET et FOLLIN), 256.
- Cortex cérébral** (fonctions autonomes du) (R.-L. CROUCH et J. KENNETH-THOMPSON), 74.
- Crâne** (traumatisés du). Nécessité d'un examen systématique (J.-A. BARRÉ), 65.
- (lacunes et images radiologiques lacunaires du) (H. ROGER et M. SCHACHTER), 180.
- (différents du) et syringomyélie (L. LAURSEN), 181.

D

- Délinquance juvénile** et dépistage scolaire. Prophylaxie (Mlle M. BADONNEL), 183.
- Démences séniles** (H. CLAUDE et J. CUEL), 167.
- Démonomanie** et syndrome de Cotard (H. CLAUDE, Mme MICHON et M. ROSINAUER), 273.
- Dépersonnalisation** (sentiment de) chez une mélancolique anxieuse (LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN), 144.
- Désorientations temporo-spatiales** et prépondérance de l'hémisphère droit dans les agnosos-aknésies proprioceptives (M. DIDE), 175.

Digestifs (troubles fonctionnels), hypochondrie secondaire (E. BOLTANSKI), 299.

Dysostose cranio-faciale (A. AUSTREGESILLO et A. BORGES FORTES), 181.

E

- Ehlers-Danlos** (syndrome d') chez un garçon de 12 ans (C. LAUNAY), 318.
- Encéphalite léthargique** des centres végétatifs (A. GORTON), 75.
- psychosique aiguë azotémique (L. MARCHAND), 280.
- Encéphalites** (formes méconnues des) de la rougeole (V. de LAVERGNE et HELLUY), 75.
- Encéphalitique psychosique azotémique** (un pneumobacille isolé des urines d'une) (LAIGNEL-LAVASTINE, LÉVY-BRUHL, M. BOUVET et FOLLIN), 323.
- Encéphalitiques** (altérations psychiques) et post-encéphalitiques (M. HAMVAS), 318.
- Epilepsie** (réactions neuro-végétatives dans l') expérimentale (C. GUTTIERREZ-NORIEGA et H. ROTONDO), 76.
- (la prédisposition héréditaire dans l') (E. ZISKIND et E. SOMERFELD-ZISKIND), 77.
- (un nouveau médicament contre l') : le diphényl-hydantoïne de soude ou épanutin (Ph. PAGNIEZ), 89.
- (traitement de l') par le cardiazol (F. SAL Y ROSAS), 93.
- (l') convulsive d'origine éthylique (M. BRISSOT, J. BELFILS et M. FROIDEFOND), 222.
- et hérédité (H.-M. GALLOT et J.-F. RUVAT), 238.
- (étude de l') expérimentale (J. ASUAD), 316.
- Epileptique** (traitement de l'état de mal) (FERDIÈRE), 63.
- (mécanisme de la crise) spontanée et cardiazolique (J.-O. TRELLES et P. ANGLAS-QUINTANA), 77.
- (accidents psychopathiques conscients et mnésiques chez un) (X. ABÉLY et Mlle GRAVEJAL), 265.
- Epileptiques** (l'activité cardiaque pendant les crises) (M. Th. C. ERICKSON), 77.
- Erotomanie féminine** avec transfert filial (LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN), 148.
- Estimation** (valeur de l'auto-) (A. ROSCA), 80.
- Etiologie** des psychoses maniaques dépressives et de la démence précoce.

Facteurs héréditaires et ambiants (H.-M. POLLOCK, B. MALZBERG et R.-G. FALLER), 70.
 Excitabilité (l') des centres nerveux. Influence de la dépression atmosphérique (A. et Mme CHAUCHARD), 319.

F

Faciale (dissoeiation) (G.-H. MONRAD-KROHN), 179.
 Faim (grève de la) et anorexie mentale (C.-O. FERRER), 79.
 Familial (le placement) des aliénés et des psychopathes (J. VIÉ), 1, 110.
 Fond mental (la notion de) (E. MIN-KOWSKI), 305.

G

Glycosuries consécutives aux traumatismes nerveux centraux (J. LE MELLETIER), 324.

H

Hallucination. Etude expérimentale (K. AGADJANIAN), 322.
 Hallucinoïse chronique (PRIVAT de FORTUNIÉ et BELFILS), 163.
 Héméralopies et amblyopies toxiques (F. TERRIEN), 179.
 Hémiplégie homolatérale dans les cas de tumeur du lobe frontal (A. TONFILDSEN), 179.
 Hémisphériques (sur les processus cérébraux) à symptomatologie tumorale (J. LHERMITTE et Mlle ROBERT), 65.
 Hippus (l') dans les affections mentales (A. BARRÉ), 97.
 Hôpitaux psychiatriques de Californie (H. LUTGENS), 88.
 Hostilité (l') dans les cas d'hypertension essentielle (L.-J. SAUL), 166.
 Hygiène (Mahomet et l') (H. SOUQUES), 87.
 Hypertrophie musculaire généralisée du nourrisson et hypothyroïdie congénitale (H. DARRÉ, P. MOLLARET, Mme ZAGDOUN et Mlle CERMICHEN), 325.
 — sans myotonie chez un nourrisson de 7 mois (G. BOURGUIGNON), 325.

Hypnotique (état). Réactions vaso-motrices (J. DOUPE, W.-B. MILLER et W.-K. KELLER), 73.

Hypoglycémie (effets de l') insulinique sur la pression sanguine dans les cas d'insuffisance d'oxygénation chez l'homme (S.-H. KRAINES et E. GELLHORN), 86.

Hypoglycémiques (états). Réflexe de la moue et mouvement pendulaire des yeux (LAIGNEL-LAVASTINE, J. ASUAD et BOUVET), 319.

Hypophyse (innervation de l') (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 324.

Hystérie (l') (P. SCHILDER), 164.

I

Ichtyose congénitale, idiotie, infantilisme et épilepsie. Le syndrome de Rud (R.-M. STEWARD), 78.

Impaludation thérapeutique. Nouvelle méthode en deux temps (P. MOLLARET et J. SCHNEIDER), 65.

Instables (l'enfant et l'adolescent) (J. ABRAMSON), 315.

Insulinothérapie (l') et la convulsivothérapie dans les hôpitaux psychiatriques (M. DESRUELLES et R. CHOPLIN), 91.

— seule et associée à la cardiazolthérapie (LEULIER, LECLERCQ, CASALIS et CAPPELLE), 185.

Intuition (délire d') (LAIGNEL-LAVASTINE, J. DELAY et DESHAIES), 249.

Involution mentale sénile (P. COURBON), 169.

J

Jakob (maladie de) (G. BROWN et D. BUCKLE), 167.

K

Korsakoff (la psychose de) dans les hémorragies subarachnoïdiennes spontanées (S. TARACHOW), 75.

L

Laborothérapie (contribution à la) (C. LARSON), 90.

Langage et mouvement (J. LHERMITTE), 168.

Leber (maladie de) et psycho-poly-névrite de Korsakoff (FRETET), 62.
Lèpre et troubles mentaux (X. ABÉLY et Mlle GRAVEJAL), 156.
Lipomatose avec symptômes névritiques (K.-H. KRABBE), 183.
Loques frontaux. Physiopathologie (L. DARRAQUEN), 74.

M

Maniaco-dépressive (psychose). Episodes confusionnels (A. CHATAGNON et A. SOULAIRAC), 164.
Mélancolie (traitement de la) par l'hématoporphyrine (E. BARNOLA), 316.
 — (guérison d'un cas de) à la suite d'une apoplexie (A. PILZ), 318.
Méningée (hémorragie) d'origine vermineuse (M. DUTREY et J. VELLUZ), 179.
Méningite (le traitement de la) méningococcique par l'emploi exclusif des sulfamides (A. RUSCO, V. VOICULESCO et A. DIACONU), 89.
Métrazol (utilisation du) dans les psychoses fonctionnelles (Ch.-F. READ, D.-L. STEINBERG, E. LIEBERT et I. FINKELMAN), 184.
Monoplégie pithiatique guérie par injection veineuse rapide d'hyposulfite de magnésium (G. CAZALAS), 91.
Morphine (Hypothèse sur l'accoutumance à la) (R. CAHEN), 324.
Mort (l'idée de la) chez les enfants (R. COUSINET), 172.
Motivation (le rôle de la) dans l'école (A. ROSCA), 81.
Musicale (aptitude). Mesure par la méthode des tests (I.-A. CREANGA), 81.
Myxœdème de la ménopause (André-THOMAS et AJURIAGUERRA), 86.

N

Narcothérapie (R.-D. GILLESPIE), 91.
Nerfs périphériques (altérations des) dans les déséquilibres alimentaires (I. BERTRAND et R. LECOQ), 321.
Neurasthénie (le diagnostic de la vraie) (J. SOLOMIDÈS), 79.
Neuroblastomatose leptoméningée. Deux observations anatomo-cliniques (R. CARRILLO et M. ORIBE), 84.
Neurochirurgie (applications des progrès de la) au traitement des blessures cranio-cérébrales (GARCIN et GUILLAUME), 64.

Neuro-entoblastiques (connexions) (E. VON CAMPENHOUT), 320.
Neuronoses (A. AUSTREGESILLO), 182.

O

Oculo-cardiaque (réflexe) spontané (MÉRIGOT de TREIGNY), 320.
Oestrogènes (une méthode de dosage quantitatif des corps) dans le sang (H. SIMONNET et R. STORA), 87.
Oppositions (analogies et) dans la schizophrénie et l'épilepsie (H.-H. JASPER, Ch.-P. FITZPATRICK et Ph. SOLOMON), 78.
Organisme (fonctionnement de l') d'après R. Goldstein (A. GURWITSH), 170.

P

Pachyméningite hémorragique interne (H. CLAUDE et J. CUEL), 178.
Paralysie vestibulaire chez l'homme (P.-M. LEVIN), 179.
Paralysie générale infantile (R. DUPOUY, SÉBILLOTTE et MAURICE), 245.
Paraplégie d'origine cérébrale (N. ZAND), 180.
Parkinsonisme et épilepsie (C.-I. URECHIA), 177.
Parole (troubles de la) parmi les écoliers de Cluj (A. SUCHU), 80.
Pellagreuse (psychose) sans pellagre (V. ARROYO), 75.
Pensée (écho de la). Théorie mécaniste (H. CLAUDE et Ch. DURAND), 162.
Pentaméthylénététrazol (variations humérales post-convulsives par le) (L.-B. ANSALDI), 85.
Phobie sexuelle féminine et mariage (N. ROJAS), 79.
Phosphatides (les) éthéro-solubles du plasma dans la schizophrénie (E. JOKIVARTIO), 161.
Placement (le) familial des aliénés et des psychopathes (J. VIÉ), 1, 110.
Polynévrite mercurielle professionnelle (V. DIMITRI et F.-M. CIA), 183.
Prolan (action du) par voie intrarachidienne (J. CUATRECASAS, N.-A. VITA, J.-E. COMORRANO et N.-Z. BULA), 87.
Protubérantiel (syndrome) atypique avec anosmie (EUGÈRE, E. FASSIO et R. LAFON), 50.

Pseudo-bulbaire (syndrome) et troubles mentaux (P. GUIRAUD, Mlle MICUCCI et M.-R. HAAS), 262.

Psychanalyse. Valeur scientifique et morale (H. EV), 173.

Psychiatrie (manuel de) à l'usage du personnel infirmier (MORGENTHAUER et FOREL), 159.

Psychologie de la connaissance (DOM et T.-V. MOORE), 71.

Psychologique (l'année) (H. PIÉRON), 312.

Psychologue (un) humaniste : Charles Blondel (H. WALLON), 169.

Psychonévrose (la) d'énervement (P. HARTENBERG), 79.

Psychose mélancolique et convulsivothérapie (N.-A. VITA et N.-Z. BULA), 93.

Psychoses (troubles de la circulation dans les) (H. BARUK et M. RACINE), 206.

Psychothérapie (manuel de) pratique (A. AUSTREGESILLO), 69.

— (la) d'Esquirol (R. de SAUSSURE), 90.

R

Recklinghausen (maladie de). Evolution maligne de la tumeur royale (R. HUGUENIN, S. BURGI et J. BARNET), 321.

Réflexe (sur l'utilité du) psychogalvanique en neurologie (N. JONESCO-SISESTI et L. COPELMAN), 73.

Réflexes (de certains) pathologiques chez les aliénés (L.-M. FINKEL), 73.

Rémissions spontanées et thérapeutiques (G. TEULIÉ), 185.

Rhumatisme (la rareté du) dans les psychoses (D. GREGG), 76.

— chronique et parathyroïdes (R. TURPIN), 325.

Rorschach (Test de) appliqué à l'examen clinique (LAIGNEL-LAVASTINE, Mme MINKOWSKA, BOUVET et FOLLIN), 289.

S

Sokol (cure de). Mécanisme d'action (P. COSSA et H. BOUGEANT), 193.

Sclérose multiple. Cellules argentiques et formations d'apparence spirochétique (G.-B. HASSIN et I.-B. DIAMOND), 83.

Schizophrènes. Choix du traitement : coma insulinaire et choc convulsivant (A. SILVEIRA), 92.

— (Technique et indication des cures d'insuline et de cardiazol chez les) (GROSS et C. GROSS-MAY), 93.

Schizophrénie (le langage graphique dans la) (J. CUATRECASAS et N.-Z. BULA), 78.

— (traitement de la) (A. VIVADO-ORSINI), 92.

— Etudes biotypologiques (J. PROKAP, Mlle O. SKELICKOVA et J. CUPIK), 163.

Sciaticque banale et disques lombosacrés (S. de SÈZE), 182.

— Enquête clinique au printemps (S. EKVALL), 182.

Sclérose latérale amyotrophique (syndrome de) syphilitique (BOURGUIGNON et Mme PORR-VOCÉ), 64.

Sclérose multiple (Cellules argentiques et formation d'apparence spirochétique dans la) (HASSIN (G.-B.) et DIAMOND (I.-B.)), 83.

Simmonds (syndrome de) à évolution lente d'origine traumatique (M. BRUSOT et M. FROIDEFOND), 214.

Société Médico-Psychologique.

— Rapport de la Commission des finances, 294.

— Rapport du Secrétaire général, 295.

— Election du Bureau pour 1941, 296, 298.

— Conseil d'Administration, 298.

— Commission des finances, 298.

— Prix de la Société médico-psychologique, 56, 298.

— Allocution du Président, 143.

— Décès du Professeur WAGNER v. JAUREGG, 273 ; du Dr Roger D. ANGLADE, 294 ; du Professeur Henry MEIGE, 213.

— Félicitations au Professeur BAUDOUIN, 214, et au Dr BOURGUIGNON, 294.

— Elections : Membre titulaire honoraire : M. Jean LÉPINE, 272. — Membres titulaires : MM. BESSIÈRE, PICARD, 56. — Membre correspondant national : M. ADNÈS, 294.

Stupéfiants (le contrôle légal des) aux États-Unis (J.-E. HUGHES), 88.

Sutures (des causes d'échecs des) ; moyens d'y pallier (R. LEHICHE), 94.

Syngomyélie et côtes cervicales chez des jumeaux hétérozygotes (K.-H. KRABBE), 181.

Système nerveux végétatif. Physiologie (P. DANIELOPOLU), 321.

T

Tests (la méthode des cas possibles dans la solution des) (F. BAUMGARTEN-TRAMER), 173.

— (application des) mentaux chez les psychopathes (M. DAVIDSON), 173.

Thérapeutique (la) convulsivante dans les maladies mentales (L.-M. MARTINEZ-DALKE), 91.

Thérapeutiques biologiques des affections mentales (H. CLAUDE et P. RUBENOVITCH), 67.

Tonus (deux qualités du) musculaire : l'extensibilité et la passivité (A. HADJI-DIMO), 160.

Traumatismes (syndrome confusionnel accompagnant les) de la portion cervicale de la moelle (T.-J. PUTNAM), 76.

Treponema pallidum (diffusion du) dans l'organisme (C. LEVADITI, A. VAISMAN et D. ROUSSET-CHABAUD), 323.

Tumeur du corps calleux (L.-A. BARRÉ, KABAKER, PERNOT et LEDOUX), 74.

— sous-frontale bilatérale à symptomatologie affective (M. DAVID et H. ASKENASY), 167.

Tumeurs cérébrales métastatiques. Etude anatomo-clinique d'après vingt observations (R. SOTO-ROMAY), 83.

— (étude anatomique et pathogénique des) métastatiques (H. ROGER, L. CORNIL et J.-E. PAULHAS), 83.

V

Ventre (un cas de gros) de guerre (HAGUENAU et CHRISTOPHE), 64.

Vertiges Etiologie (R. POINSO), 76.

Vision (la) du monde chez les enfants (M. LOWENFELD), 172.

Vitamine B₁ (thérapeutique par la) (K.-L. GREWIN), 186.

— appliquée au traitement des algies (A. SLOSBERG), 186.

— (thérapeutique du délire aigu par les injections intra-rachidiennes de) (R. DUPOUY et Mlle MICUCCI), 204.

— (la) dans les affections du système nerveux central (H. SCHAEFFER), 326.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- ABÉLY (N.) et GRAVEJAL (Mlle). Lèpre et troubles mentaux, 156.
— —. Accidents psychopathiques consécutifs et mnésiques chez un épileptique, 265.
ABRAMSON (J.). L'enfant et l'adolescent instables, 315.
AGADJANIAN (K.). Etude expérimentale de l'hallucination, 322.
AJURIAGUERRA, V. *André-Thomas*.
ANDRÉ-THOMAS et AJURIAGUERRA. Myxœdème de la ménopause, 86.
— —. Les algies des états cyclothymiques, 317.
ANGLAS-QUINTANA (P.). V. *Trelles*.
ANSALDI (I.-B.). Variations humérales post-convulsives par le pentaméthylentétrazol, 85.
ARELLANO (A.). Influence de l'altitude sur le liquide céphalo-rachidien, 84.
ARROYO (V.). Psychose pellagreuse sans pellagre, 75.
ASKENASY (H.). V. *David*.
ASUAD (J.). Etude de l'épilepsie expérimentale, 316.
— V. *Laignel-Lavastine*.
AUSTREGESILLO (A.). Manuel de psychothérapie pratique, 69.
— Aphasie et lobe pariétal gauche, 74.
— Conception clinique des neuroses et des neuromyélomes, 182.
— et BORGES FORTES (A.). Dysostose cranio-faciale, 181.

B

- BABONNEIX (L.) et GUILLY (P.). Chorées prolongées, 178.
BADONNEL (M.). Prophylaxie de la délinquance juvénile et dépistage scolaire, 183.
BARBÉ (A.). L'hippus dans les affections mentales, 97.
BARDET (J.). V. *Huguenin*.
BARNOLA (E.). Traitement de la mélancolie par Phématoporphyrine, 316.
BARRÉ (J.-A.). Examen systématique des traumatismes du crâne, 65.
— KABAHER, PERNOT et LEDOU. Tumeur du corps calleux, 74.
BARRET (Mlle S.). V. *Laignel-Lavastine*.
BARUK (H.) et RAGINE (M.). Circulation générale dans les psychoses, 206.
BAUNGARTEN-TRAMER (F.). La solution des tests, 173.
BELFILS. V. *Privat de Fortuné*.
— V. *Brissat*.
BERGOUIGNAN (H.). V. *Delmas-Marsalet*.
BENTRAND (I.) et LECOQ (R.). Altérations des nerfs périphériques dans les déséquilibres alimentaires, 321.
BOLTANSKI (E.). Troubles fonctionnels digestifs, hypochondrie secondaire, 299.
BORGES FORTES (A.). V. *Austregesilo*.
BOUGEANT (H.). V. *Cossa*.
BOURGUIGNON et POPP-VOGR (Mme). Syndrome de sclérose latérale amyotrophique syphilitique, 64.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- , Hypertrophie sans myotonie chez un nourrisson de 7 mois, 325.
 BOUVET, V. *Laignel-Lavastine*.
 BRISSET (M.) et FROIDEFOND (M.). Syndrome de Simmonds à évolution lente, 214.
 —, BELFILS (J.) et FROIDEFOND (M.). L'épilepsie convulsive d'origine éthylique chronique, 222.
 BROUSSE (Th.). V. *Marcault*.
 BROWN (G.) et BUCKLE (D.). Maladie de Jakob, 167.
 BUCKLE (D.). V. *Brown*.
 BULA (N.-Z.). V. *Cuatrecasas*.
 —, V. *Vita*.
 BUVAT (J.-F.). V. *Gallot*.

C

- CAHEN (R.). Hypothèse sur l'accoutumance à la morphine, 324.
 CAMPENHOUT (E. von). Les connexions neuro-entoblastiques, 320.
 CAPPELLE, V. *Leulier*.
 CARRILLO (R.) et ORIBE (M.). Neuroblastomatoses leptoméningées, 84.
 CASALIS, V. *Leulier*.
 CAZALAS (G.). Monoplégie pithiatique guérie. Injection intraveineuse d'hyposulfite de magnésium, 94.
 CHATAGNON (P.-A.). Le choc traumatique de guerre, 57.
 — et SOULAIRAC (A.). L'évolution de la psychose maniaco-dépressive, 164.
 CHAUGHARD (A. et Mme). L'excitabilité des centres nerveux, 319.
 CHOPLIN (R.). V. *Desruelles*.
 CHRISTOPHE, V. *Haquenen*.
 CIA (F.-M.). V. *Dimitri*.
 CLAUDE (H.) et RUBÉNOVITCH (P.). Thérapeutiques biologiques des affections mentales, 67.
 — et DURAND (Ch.). La théorie mécaniste de l'écho de la pensée, 162.
 — et CUEL (J.). Contribution à l'étude des démences séniles, 167.
 — et CUEL (J.). Pachyméningite hémorragique interne, 178.
 —, MICHON (Mme) et ROSINAUER (M.). Démonomanie et syndrome de Cotard, 273.
 COHEN (L.-H.). Retour de la conscience après convulsions par le cardiazol, 185.
 COMOIRANO (J.-E.). V. *Cuatrecasas*.
 COPELMANN (L.). V. *Jonesco-Sisestî*.
 CORNIL (L.). V. *Roger*.
 COSSA (P.) et BOUGEANT (H.). Le mécanisme d'action de la cure de Sakel, 193.

- COULONJOU et HÉCAEN. Anorexie mentale. Extraits du lobe antérieur d'hypophyse, 186.
 COURBON (P.). L'involution mentale sénile, 169.
 COUSINET (R.). L'idée de la mort chez les enfants, 172.
 CREANGA (I.-A.). L'aptitude musicale par la méthode des tests, 81.
 CROUCH (R.-L.) et KENNET-THOMPSON (J.). Fonctions autonomes du cortex cérébral, 74.
 CUATRECASAS (J.), et BULA (N.-Z.). Le langage graphique dans la schizophrénie, 78.
 —, VITA (N.-A.), COMOIRANO (J.-E.) et BULA (N.-Z.). Action du prolactin par voie intrarachidienne, 87.
 CUEL (J.). V. *Claude*.
 CUPCEA (S.-P.). La constitution individuelle dans la circulation des valeurs culturelles, 80.
 CUPRIK (J.). V. *Prokop*.

D

- DANIELOPOLU (P.). Physiologie du système nerveux végétatif, 321.
 DARRAGUER (L.). Étude de la physiopathologie des lobes frontaux, 74.
 DARRÉ (H.), MOLLARET (P.), ZAGDOUN (Mme) et GEMMICHEN (Mlle). Hypertrophie musculaire généralisée du nourrisson et hypothyroïdie congénitale, 325.
 DAVID (M.) et ASKENASY (H.). Tumeur sous-frontale à symptomatologie affective, 167.
 DAVIDSON (M.). Application des tests mentaux chez les psychopathes, 173.
 DELAY (J.). V. *Laignel-Lavastine*.
 DELMAS-MARSALET (P.), BERGOUIGNAN (H.) et LAFON (J.). Le cardiazol en dehors de la démence précoce et de la schizophrénie, 184.
 DESHAIES, V. *Laignel-Lavastine*.
 DESRUELLES (M.) et CHOPLIN (R.). L'insulinothérapie et la convulsivothérapie dans les hôpitaux psychiatriques, 91.
 DIACONU (A.). V. *Rusescu*.
 DIDE (M.). Désorientations temporo-spatiales et prépondérance de l'hémisphère droit dans les agnosie-akinesies proprioceptives, 175.
 DIMITRI (V.) et CIA (F.-M.). Polynévrite mercurielle professionnelle, 183.
 DOM et MOORE (T.-V.). Psychologie de la connaissance, 71.
 DOUPE (J.), MILLER (W.-B.) et KELLER (W.-K.). Réactions vaso-motrices dans l'état hypnotique, 73.

DIETLER (J.). V. *Stryjenski*.
 DUBLINEAU (J.) et DUCHÈNE (H.). « Service spécial des aliénés alcooliques » du département de la Seine, 165.
 DUCHÈNE (H.). V. *Dublineau*.
 DUPOUY (R.) et MICUCCI (Mlle). Délire aigu par les injections intra-rachidiennes de vitamine B1, 201.
 —, SÉBILLOTTE et MAURICE. Paralyse générale infantile, 245.
 DURAND (Ch.). V. *Claude*.
 DUTREY (M.) et VELLUZ (J.). Hémorragie méningée d'origine vermineuse, 179.

E

ERVALL (S.). Enquête clinique au printemps sur les cas de sciatique, 182.
 ERICKSON (Th.-C.). L'activité cardiaque pendant les crises épileptiques, 77.
 EUZIERE, FASSIO (E.) et LAFON (R.). Syndrome protubérantiel atypique avec anosmie, 50.
 EY (H.). Valeur scientifique et morale de la psychanalyse, 173.

F

FASSIO (E.). V. *Euzière*.
 FERDIÈRE. Traitement de l'état du mal épileptique, 63.
 FERRER (C.-O.). Grève de la faim et anorexie mentale, 79.
 FINKEL (L.-M.). Réflexes pathologiques chez les aliénés, 73.
 FINKELMAN (I.). V. *Read*.
 FITZPATRICK (Ch.-P.). V. *Jasper*.
 FOLLIN, V. *Laignel-Lavastine*.
 FORÉL, V. *Morgenthaler*.
 FOZ (A.). V. *Meduna*.
 FRAZER (R.) et REITMANN (F.). Etude clinique des effets de courtes périodes d'anoxémie sévère comparés à ceux du choc cardiazolique, 85.
 FRETET. Maladie de Leber et psychopolynévrite de Korsakoff, 62.
 FROIDEFOND (M.). V. *Brissot*.

G

GALLOT (H.-M.) et BUVAT (J.-F.). Héritéité et épilepsie, 238.
 GARCIN et GUILLAUME. Les progrès de la neurochirurgie au traitement des blessures crânio-cérébrales, 64.
 GELLHORN (E.). V. *Kraines*.

GILLESPIE (R.-D.). Narcothérapie, 91.
 GORTON (A.). Syndrome de somnolence périodique avec polyphagie et polydipsie, 75.
 GRAVEJAL (Mlle E.). V. *Abély* (X.).
 GREGG (D.). Rhumatismes dans les psychoses, 76.
 GREWIN (K.-L.). Thérapeutique par la vitamine B1 dans la pratique neurologique, 186.
 GROSS et GROSS-MAY (C.). Cures d'insuline et de cardiazol chez les schizophrènes, 93.
 GROSS-MAY (C.). V. *Gross*.
 GUILLAUME, V. *Garcin*.
 GUILLY (P.). V. *Babonneix*.
 GUIRAUD (P.), MICUCCI (Mlle) et HAAS (M.-R.). Syndrome pseudo-bulbaire et troubles mentaux, 262.
 GURWITSH (A.). Le fonctionnement de l'organisme d'après R. Goldstein, 170.
 GUTTIEREZ-NORIEGA (C.) et ROTONDO (H.). Réactions neuro-végétatives dans l'épilepsie expérimentale, 76.
 — et ROTONDO (H.). Catatonie expérimentale produite par la cocaïne, 86.

H

HAAS (M.-R.). V. *Guiraud*.
 HADJIDIMO (A.). Deux qualités du tonus musculaire ; l'extensibilité et la passivité, 160.
 HAGUENAU et CHRISTOPHE. Un cas de gros ventre de guerre, 64.
 HAMVAS (M.). Altérations psychiques encéphaliques et post-encéphaliques, 318.
 HARTENBERG (P.). La psychonévrose d'énervement, 79.
 HASSIN (G.-B.) et DIAMOND (I.-B.). Cellules argentiques et formation d'apparence spirochétique dans la sclérose multiple, 83.
 HÉCAEN, V. *Coulonjon*.
 HELLUY, V. *Lavergne*.
 HERMAN (M.). V. *Roth*.
 HUGHES (J.-E.). Le contrôle légal des stupéfiants aux Etats-Unis, 88.
 HUGUENIN (R.), BURGI (S.) et BARDET (J.). Evolution maligne de la tumeur royale dans une maladie de Recklinghausen, 321.

J

JANOTA (O.). L'apraxie constructive, les troubles de l'aperception et les rapports spatiaux, 174.

- JASPER (H.-H.), FITZPATRICK (Ch.-P.) et SOLOMON (Ph.). Analogies et oppositions dans la schizophrénie et l'épilepsie, 78.
 JOKIVARTIO (E.). Les phosphatides éthéro-solubles du plasma dans la schizophrénie, 161.
 JONESCO-SISESTI (N.) et COPELMAN (L.). Réflexe psychogalvanique en neurologie, 73.

K

- KABAKER, V. *Barré*.
 KAHN (E.), LION (E.-G.) et ZIMMERMAN (H.-M.). Calcification corticale du cerveau simulant la maladie de Pick, 83.
 KELLER (W.-K.). V. *Doupe*.
 KENNETH-THOMPSON (J.). V. *Crouch*.
 KOURÉTAS (D.) et SCOURAS (Ph.). L'automatisme mental schizophrénique, 163.
 KRABBE (K.-H.). Syringomyélie et côtes cervicales chez des jumeaux hétérozygotes, 181.
 —. Lipomatose avec symptômes névritiques, 183.
 KRAINES (S.-H.) et GELLHORN (E.). La pression sanguine dans les cas d'insuffisance d'oxygénation chez l'homme, 86.

L

- LAFON (J.). V. *Verger*.
 — V. *Delmas-Marsalet*.
 LAFON (R.). V. *Euzière*.
 —, ASUAD (J.) et BOUVET. Réflexe de la moue et mouvement pendulaire des yeux dans les états hypoglycémiques, 319.
 —, BARNET (Mlle S.) et ASUAD (J.). Syndrome adiposo-génital atypique avec démence, 152.
 LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN. Sentiment de dépersonnalisation chez une mélancolique anxieuse, 144.
 —, BOUVET et FOLLIN. Erotomanie féminine avec transfert filial, 148.
 —, BOUVET et FOLLIN. Interprétations délirantes avec excitation suivies de chorée chronique, 231.
 —, BOUVET (M.) et FOLLIN. Crises convulsives chez une déséquilibrée érotique, 256.
 —, DELAY (J.) et DESHAIES. Délire d'intuition, 249.

- , LÉVY-BRUHL, BOUVET et FOLLIN. Un pneumobacille isolé des urines d'une encéphalitique psychosique azotémique, 323.
 —, MINKOWSKA (Mme), BOUVET et FOLLIN. Le test de Rorschach, 289.
 LARSON (C.). Laborothérapie, 90.
 LAUNAY (C.). Syndrome d'Ehlers-Danlos chez un garçon de 12 ans, 318.
 LAURSEN (L.). Difformité du crâne et syringomyélie, 181.
 LAVERGNE (V. DE) et HELLUY. Les formes méconnues des encéphalites de la rougeole, 75.
 LECOQ (R.). V. *Bertrand*.
 LECLERCQ, V. *Leulier*.
 LEDOUX, V. *Barré*.
 LE MELLETIER (J.). Glycosuries consécutives aux traumatismes nerveux centraux, 324.
 LENICHE (R.). Echees des sutures : moyens d'y pallier, 94.
 LESTER (D.). Etude du coma consécutif au choc insulinique, 92.
 LEULIER, LECLERCQ, CASALIS et CAPPELLE. L'insulinothérapie seule et associée à la cardiazolthérapie, 185.
 LEVADITI (C.), VAISMAN (A.) et ROUSSET-CHABAUD (D.). La diffusion du *Treponema pallidum* dans l'organisme, 323.
 LEVIN (P.-M.). Paralyse vestibulaire chez l'homme, 179.
 LÉVY-BRUHL, V. *Laignel-Lavastine*.
 LHEMMITE (J.) et VOTO-BERNANES. Le syndrome de l'astéréognosie spasmodique des vieillards, 62.
 —, ROBERT (Mlle) et NEMOURS-AUGUSTE (M.). La main fantôme, signal symptôme dans l'angine de poitrine, 63.
 — et VOTO-BERNANES. Le syndrome de la cérébelleuse postéro-inférieure de Wallenberg, 63.
 — et ROBERT (Mlle). Les processus hémisphériques cérébraux à symptomatologie tumorale, 65.
 —. Langage et mouvement, 168.
 LIEBERT (E.). V. *Read*.
 LION (E.-G.). V. *Kahn*.
 LOWENFELD (M.). La vision du monde chez les enfants, 172.
 LUTGENS (H.). Le problème des hôpitaux psychiatriques de Californie, 88.

M

- MARCAULT (J.-E.) et BROUSSE (Th.). L'éducation de demain. La biologie de l'esprit et ses applications pédagogiques, 71.

MARCHAND (L.). L'encéphalite psychosique aiguë azotémique, 280.
 MARGINEANU (N.). La connaissance des élèves par eux-mêmes, 82.
 MARTINEZ-DALKE (L.-M.). La thérapeutique convulsivante dans les maladies mentales, 91.
 MAURICE, V. *Dupouy*.
 MEDUNA (L. von) et Foz (A.). Le traitement convulsivant de quelques maladies mentales, 93.
 MÉNIGOT DE TREIGNY. Réflexe oculocardiaque spontané, 320.
 MICHON (Mme). V. *Claude*.
 MICUCCI (Mlle). V. *Dupouy*.
 —, V. *Guiraud*.
 MILLEN (W.-B.). V. *Doupe*.
 MINKOWSKA (Mme). V. *Laignel-Lavastine*.
 MINKOWSKI (E.). La notion de fond mental, 305.
 MOLLADET (P.) et SCHNEIDER (J.). L'impaludation thérapeutique en deux temps, 88.
 —, V. *Darré*.
 MONRAD-KROHN (G.-H.). La dissociation faciale, 179.
 MOORE (T.-V.). V. *Dom*.
 MORGENTHAUER et FOMEL. Manuel de psychiatrie à l'usage du personnel infirmier, 159.
 MOSINGER (M.). V. *Roussy*.

N

NEMOURS-AUGUSTE (M.). V. *Lhermitte*.

O

(EHMICHEN (Mlle). V. *Darré*.
 ORIBE (M.). V. *Carrillo*.

P

PAGNIEZ (Ph.). Un nouveau médicament contre l'épilepsie : le diphénylhydantoïnat de soude ou épanutin, 89.
 PAULHAS (J.-E.). V. *Roger*.
 PAULY (R.). Les chorées des vieillards, 177.
 PERNOT V. *Barré*.
 PIÉRON (H.). L'année psychologique, 312.
 PILZ (A.). Guérison d'un cas de mélancolie à la suite d'une apoplexie, 318.
 POINSO (R.). L'étiologie des vertiges, 76.

POLLOCK (H.-M.), MALZBERG (B.) et FULLER (R.-G.). Etiologie des psychoses maniaques-dépressives et de la démence précoce, 70.
 POPP-VOET (Mme). V. *Bourguignon*.
 PRIVAT DE FORTUNIÉ et BELFELS. Halucinoses chroniques, 163.
 PROKOP (J.), SKELICKOVA (Mlle O.) et CUPIK (J.). Etudes biotypologiques dans la schizophrénie, 163.
 PUTNAM (T.-J.). Traumatismes de la portion cervicale de la moelle ; syndrome confusionnel, 76.

R

RACINE (M.). V. *Baruk*.
 RAYNEAU. Les psychoses de guerre et l'Alcoolisme, 291.
 READ (Ch.-F.), STEINBERG (D.-L.), LIEBERT (E.) et FINKELMAN (I.). Utilisation dans les psychoses fonctionnelles, 184.
 REITMANN (F.). V. *Fraser*.
 REPEZEAU (Mme). V. *Urechia*.
 ROBERT (Mlle). V. *Lhermitte*.
 ROGER (H.), CORNIL (L.) et PAULHAS (J.-E.). Etude anatomique et pathogénique des tumeurs cérébrales méastastatiques, 83.
 — et SCHACHTER (M.). Lacunes et images radiologiques lacunaires du crâne, 180.
 ROJAS (N.). Phobie sexuelle féminine et mariage, 79.
 ROSCA (A.). La valeur de l'auto-estimation, 80.
 —, Le rôle de la motivation dans l'école, 81.
 ROSINAUER (M.). V. *Claude*.
 ROTH (N.) et HERMAN (M.). L'intoxication par l'oxyde de carbone ; séquelles neuro-psychiatriques rares, 166.
 ROTONDO (H.). V. *Gutierrez-Noriega*.
 ROUSSET-CHABAUD (D.). V. *Levaditi*.
 ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). L'innervation de l'hypophyse, 324.
 RUBENOVITCH (P.). V. *Claude*.
 RUSCO (A.), VOICULESCO (V.) et DIACONU (A.). Le traitement de la méningite méningococcique par l'emploi exclusif des sulfamides, 89.

S

SAL Y ROSAS (F.). Traitement de l'épilepsie par le cardiazol, 93.
 SAUL (L.-J.). L'hostilité dans les cas d'hypertension essentielle, 166.
 SAUSSUNE (R. de). La psychothérapie d'Esquirol, 90.

SCHAEFFER (H.). La vitamine B1 dans les affections du système nerveux central, 326.

SCHILDER (P.). L'hystérie, 164.

SCOURAS (Ph.). Le syndrome catatonique des psychoses cannabiques aiguës, 166.

—, V. Kourétas.

SÉBILLOTTE, V. *Dupouy*.

SÈZE (S. de). Sciatique banale et disques lombo-sacrés, 182.

SILVEIRA (A.). Le coma insulinaire et le choc convulsivant dans le traitement des schizophrènes, 92.

SIMONNET (H.) et STORA (R.). Dosage quantitatif des corps œstrogènes dans le sang, 87.

SKELICKOVA (Mlle O.). V. *Prokop*.

SLIASBERG (A.). Le chlorhydrate de thiamine (Vitamine B1) dans le traitement des algies, 186.

SOLOMIDÈS (J.). Le diagnostic de la neurasthénie vraie, 79.

SOLOMON (Ph.). V. *Jasper*.

SOMERFELD-ZISKIND (E.). V. *Ziskind*.

SOTO-ROMAY (R.). Tumeurs cérébrales métastatiques, 83.

SOULAIRAC (A.). V. *Chatagnon*.

SOUKES (A.). Mahomet et l'hygiène, 87.

STEINBERG (D.-L.). V. *Read*.

STEWART (R.-M.). Ichtyose congénitale, idiotie, infantilisme et épilepsie. Le syndrome de Rud, 78.

STORA (R.). V. *Simonnet*.

STRYJENSKI (W.) et DRETHER (J.). La dose minima de cardiazol déclenchant la crise chez le lapin, 85.

—, De l'accoutumance au cardiazol chez le lapin, 85.

SUCIU (A.). Les troubles de la parole et leur distribution parmi les écoliers de Cluj, 80.

SURGI (S.). V. *Huguenin*.

T

TARACHOW (S.). La psychose de Korsakoff dans les hémorragies subarachnoïdiennes spontanées, 75.

TERRIEN (F.). La cécité d'origine émotive, 78.

—, Héméralopies et amblyopies toxiques, 179.

TEULIÉ (G.). Rémissions spontanées et thérapeutiques, 185.

TORKILDSEN (A.). Hémiplegie homolatérale dans les cas de tumeur du lobe frontal, 179.

TRELLES (J.-O.) et ANGLAS-QUINTANA (P.). Mécanisme de la crise épileptique spontanée et cardiazolique, 77.

TURPIN (R.). Rhumatisme chronique et parathyroïdes, 325.

U

URECHIA (C.-I.). Parkinsonisme et épilepsie, 177.

— et RETEZEANU (Mme). Le brome de l'économie, 323.

V

VAISMAN (A.). V. *Levaditi*.

VELLIZ (J.). V. *Dutreg*.

VERGER (P.) et LAFON (J.). La cataplexie, 176.

VIDAL (F.). Anomalies humaines et phylogénie des artères encéphaliques basales, 82.

VIÉ (J.). Le placement familial des aliénés et des psychopathes, 1, 110.

VITA (N.-A.). V. *Cuatrecasas*.

— et BULA (N.-Z.). Psychoses mélancoliques et convulsivothérapie, 93.

VIVADO-ORSINI (A.). Traitement de la schizophrénie, 92.

VOICULESCO (V.). V. *Rusescu*.

VOTO-BERNANES. V. *Lhermitte*.

W

WALLON (H.). Un psychologue humaniste : Charles Blondel, 169.

Z

ZAGDOUN (Mme). V. *Darré*.

ZAND (N.). Paraplegie d'origine cérébrale, 180.

ZIMMERMAN (H.-M.). V. *Kahn*.

ZISKIND (E.) et SOMERFELD-ZISKIND (E.). La prédisposition héréditaire dans l'épilepsie, 77.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS ET DES PSYCHOPATHES

Sa portée médicale et sociale

PAR

JACQUES VIÉ

INTRODUCTION

Le placement familial des malades mentaux est une institution relativement peu connue en France.

Lorsque nous avons été appelé, en 1931, par la Préfecture de la Seine à prendre la direction de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, nous avons constaté, en faisant le tour des ouvrages et des publications consacrées, dans notre pays, à ce mode d'assistance, que l'inventaire s'avérait assez limité. Les aliénistes avaient été beaucoup plus prolixes au temps des polémiques que depuis l'ère des réalisations... Notre étonnement a été de plus en plus grand lorsque nous avons, au cours d'entretiens avec les collègues des asiles, pris contact avec l'absence totale de précision des informations qu'ils possèdent sur ce sujet. Quant aux

médecins non spécialisés, leur ignorance demeure complète : les érudits connaissent l'existence de Gheel, où certains d'entre eux envoient à l'occasion des malades ; ils ne savent pas qu'une institution analogue fonctionne, depuis tantôt un demi-siècle, au centre géographique, au cœur même de la France.

Chez les uns et chez les autres, demi informés ou non, l'incompréhension est encore plus surprenante : aucun n'a envisagé le problème dans sa complexité, personne n'y a réfléchi.

Pendant cinq années passées en colonie familiale, nous nous sommes assigné pour but de pallier à notre propre ignorance. Nous avons commencé, avec notre ami le D^r Chanès, qui fut pendant dix ans médecin-chef de la Colonie familiale de Dunsur-Auron, à débayer le terrain, à relire, à réunir tout le passé de la question. La bonne thèse du D^r Bobé, aujourd'hui médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire, met au point ce bilan nécessaire.

Depuis lors, nous avons repris, en nous efforçant de nous baser sur une expérience personnelle, les données de la question. Nous avons — après tant d'autres — visité Gheel, et nous y avons trouvé en la personne du D^r Sano, médecin-directeur de Gheel, un apôtre du placement familial qui a ouvert de larges horizons sur la portée humanitaire et psychothérapique de la méthode. Nous nous sommes attaché à déterminer les indications psychiatriques du placement familial, nous en avons recherché les répercussions sociales.

A l'heure où les transformations multiples des modes de la vie acquièrent la proportion de véritables bouleversements, nous saisissons, dans le service qui nous était confié, la matière d'une véritable expérience de sociologie pathologique. Il s'en dégagait sous nos yeux toute une philosophie sociale.

Le problème du placement familial des psychopathes dépasse de beaucoup le point de vue de l'aliéniste. Nous serions tenté de dire qu'à l'étroitesse de ce point de vue, nous devons l'atmosphère d'incompréhension dont nous parlions tout à l'heure. L'aliénation n'est pas une notion scientifique, mais un concept juridique et social, de même que l'internement constitue avant tout une mesure de sécurité sociale. Le concept et la sanction, l'aliénation et l'internement sont fonction d'un état donné de la civilisation dans un moment donné de l'évolution humaine. Le trouble psychopathique met l'individu dans un niveau d'infériorité qui le condamne, pour demeurer adapté, à retrouver un milieu qui ne dépasse pas le niveau auquel il reste adaptable. C'est ce niveau que veut réaliser précisément le placement familial.

Dans ce travail, nous regrouperons sur les divers points du problème, les réflexions et les faits que nous ont légué cinq ans de pratique et d'étude. Le système est loin d'avoir dit son dernier mot, il est susceptible de perfectionnements divers ; enfin, nous avons envisagé les extensions réalisables, aussi bien pour les administrations publiques que dans le domaine de l'initiative privée ; les possibilités dans les deux sens sont larges. Et nous tenons à remercier vivement, en terminant cette introduction, tous les collègues qui nous ont, avec tant d'amabilité, enrichi des fruits de leur expérience, en particulier :

MM. le D^r F. Sano, médecin-directeur honoraire de la colonie de Gheel ; le Professeur Vermeulen, de Bruxelles ; le D^r Ch. Massaut, médecin-directeur de la colonie de Lierneux ; le D^r Van Doninck, de la colonie de Gheel (Belgique) ; Horatio M. Pollock, Ph. D., Directeur du service statistique du département d'hygiène mentale de l'Etat de New-York (Etats-Unis) ; le D^r Donald Ross, superintendant médical de l'Hôpital de Lochgilphead (Grande-Bretagne) ; le Professeur G. Corberi, de Milan (Italie) ; le D^r Mares Cabane, médecin-chef de l'Hôpital de Diciosanmartin (Roumanie) ; le Professeur Olaf Kinberg, de Stockholm, le D^r Peder Björck, conseiller médical (Suède) ; le Professeur H. W. Maier, de Zurich, le D^r H. Bersot, de Neuchâtel, le D^r Rigenbach de Bâle (Suisse), sans oublier nos collègues français, Auguste Marie et Lwoff (in memoriam), Ameline, médecin-directeur honoraire de la Colonie d'Ainay-le-Château, Pasturel, médecin-directeur de la Colonie de Dun, Chanès et Brousseau, médecins des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Nous les assurons de toute notre reconnaissance.

LES ORIGINES DU PLACEMENT HETERO-FAMILIAL DE LA LÉGENDE A L'ORGANISATION MÉDICALE

Commençons tout d'abord par une *définition*. Par placement familial des malades mentaux, on entend d'une façon générale le mode d'assistance qui confie les malades à une famille étrangère à la leur, pour qu'ils en partagent désormais la vie. Il n'est pas toujours possible, et souvent il n'est pas indiqué de les faire rentrer, dès la sortie de l'Hôpital psychiatrique, dans leur propre famille : il s'agit donc à proprement parler de placement *hétérofamilial*. Dans certains cas au contraire on a essayé d'encourager les familles à reprendre leurs malades, grâce à une

allocation journalière ; ce système plus rarement pratiqué constitue le placement *homofamilial*. C'est le placement hétérofamilial que nous aurons seul en vue pour l'instant. Souvent il se pratique loin de l'Hôpital psychiatrique ; les placements sont alors groupés en une institution qui porte le nom de *Colonie familiale*.

La naissance du placement familial sous l'égide des saints guérisseurs

Le placement hétérofamilial représente une pratique ancienne qui prend ses racines dans de vieilles traditions religieuses et populaires. Bien avant que soit pratiquée l'assistance des aliénés dans des établissements régulièrement organisés, le placement familial *existait* déjà, il était né spontanément, il n'avait attendu pour être un fait bien vivant aucune consécration officielle.

On ne peut perdre de vue cette donnée primordiale sans méconnaître la nature même du placement familial, son caractère philanthropique mais extra-médical, d'où les difficultés si étranges, si tenaces de sa prise de contact avec les milieux scientifiques, et l'antagonisme apparent qui, pour certains psychiatres, subsiste encore entre l'hospitalisation et la colonisation.

La légende consolante des Saints guérisseurs de la Folie (H. Meige) concilie, dans les premiers siècles de l'ère chrétienne, en certains lieux privilégiés, de vieilles coutumes païennes profondément implantées dans la mentalité primitive, avec les enseignements plus récents de l'Evangile. La Folie, due aux maléfices du Démon, pouvait, grâce à l'intercession des Saints, puis par l'intermédiaire de leurs reliques, être conjurée au cours d'une suite de cérémonies de signification bien diverse, mais qui, peu à peu, se sont amalgamées en un rituel presque partout analogue, dont Guiart a rassemblé les traits. Pendant neuf jours, chiffre de valeur magique, les malades séjournent à l'église, dans des loges ou des cryptes, enchaînés lorsqu'ils sont furieux. L'exorcisme, au cours de processions dans l'église, l'imposition de reliques, l'immersion dans les fontaines selon la vieille tradition celtique, combattent la possession démoniaque. Une coutume très ancienne, le rite de passage, dont Gaiddoz a précisé la valeur, oblige le malade à franchir avec difficulté un étroit espace, arbre fendu, trou dans la pierre, roche percée, ou à passer à quatre pattes sous la châsse qui contient les reliques ; c'est, pour le sujet, le symbole d'une nouvelle naissance, d'une véritable régénération.

Il s'agit ici de phénomènes généraux développés sur de vieilles traditions celtiques, autour des puissantes personnalités de moines venus d'Ecosse et surtout de l'Irlande, qui, après avoir été la pépinière des druides était devenue, vers le VI^e siècle, le berceau d'un courant mystique chrétien d'une si forte originalité. Récemment encore, à la Société d'Histoire de la médecine, M. Fosseyeux regroupait nos connaissances sur les lieux où les fous venaient chercher une « cure balnéaire ou thaumaturgique » de leurs troubles.

Ces pèlerinages étaient nombreux en Belgique et dans le Nord de la France. Le sanctuaire de Saint-Nazaire à Ablain, celui de Saint-Acaire à Haspres, celui de Saint-Hermes à Renaix recevaient les malades des Flandres, Saint-Florentin à Bonnet dans la Meuse, Saint-Dizier près de Delle, Saint-Mathurin à Larchant, près de Nemours, Saint-Hildevert-de-Gournay en Normandie, le monastère de Bertaut de Chaumont à Château-Porcien, enfin Saint-Menoux dans le Bourbonnais étaient le siège de coutumes semblables.

La neuvaine terminée, les malades guéris ou non, s'en retournaient en général dans leur pays d'origine. Mais, en certains pèlerinages, l'usage s'établit qu'ils restent dans la localité, chez des habitants du village, en attendant l'époque de la neuvaine suivante. Telle fut l'origine du placement familial des aliénés, qui trouva son lieu d'élection auprès du sanctuaire le plus réputé de Belgique, celui de Sainte-Dimphne à Gheel.

LA LÉGENDE DE GHEEL

Du culte de Sainte-Dimphne à l'assistance familiale

La légende de Gheel s'est transmise, bien vivante, à travers les siècles, et nous la rapporterons ici d'après les savants travaux historiques du D^r Van Doninck, médecin de la Colonie de Gheel, et d'après une source populaire, « petit manuel des pieux honorateurs de la Sainte Vierge et martyre Dimphne » (1), qui nous fut offert à la basilique Sainte-Dimphne.

Née vers la fin du VI^e siècle, fille d'un roi païen d'Irlande, selon le récit de Pierre de Cambrai (1247), Dimphne avait été convertie au christianisme par le saint prêtre Gèréberne. Devenu veuf, emporté par une funeste passion, le roi voulut faire de sa

(1) *Handboekje der Godvruchtige Vereeiders van de H. Maagd an Martelares Dimphna*, édit. de 1934.

propre fille sa seconde épouse. Dimphne résolut de s'enfuir accompagnée de Gèrèberne et de deux serviteurs. Leur barque toucha la côte belge près d'Anvers, ils s'enfuirent dans la Campine et se fixèrent non loin du village de Gheel. Mais le roi les poursuivit, et tandis que les soldats mettaient à mort Gèrèberne, Dimphne fut décapitée par son propre père.

Après de son tombeau se produisirent bientôt des guérisons miraculeuses. La renommée s'en étendit à ce point que des pèlerins venus de Xanten en Rhénanie, dérobèrent au ^x^e siècle, les précieuses reliques ; et autour des ossements de saint Gèrèberne, qu'ils purent seuls conserver, se développa à son tour, à Sonsbeck un nouveau centre de pèlerinages et de guérison des fous, qui devait avec une fortune moindre, se perpétuer au cours des siècles.

Ramenées dans la chapelle de Groenenheuvel, les reliques de sainte Dimphne furent installées dans la belle basilique de style flamboyant qui porte son nom et qui fut édifiée entre 1443 et 1492. La tour, commencée en 1542, demeure inachevée. Sur le maître-autel, un très curieux et riche rétable de 1513, dû à Jean Wave, retrace les principales scènes de la vie de sainte Dimphne. Derrière le maître-autel sous un ciborium flamboyant, se trouve la châsse en bois, renfermant les reliques, sous laquelle les pèlerins passent à genoux.

Attenante à l'église s'élève la « Ziekenkammer » ou maison des malades dans laquelle ceux-ci attendaient pendant la neuvaine, le moment de participer aux cérémonies. Les deux *Libri Innocentium* conservés dans les Archives donnent la liste des sujets qui y séjournèrent. Dans son état actuel, la Ziekenkammer remonte au ^{xvii}^e siècle. Les huit pièces qui la composent avaient été conservées dans leur aspect sévère et l'une d'elles renfermait encore l'ameublement sommaire d'autrefois. Depuis le 12 mai 1935, la Ziekenkammer contient le Musée Sainte-Dimphne, organisé suivant les directives du D^r Van Doninck, qui y a groupé toutes sortes de documents iconographiques sur le culte de la Patronne des aliénés, et sur le placement familial dans les diverses nations : nous avons eu le plaisir de retrouver des vues des Colonies familiales françaises dans cette intéressante collection, au berceau même du placement familial.

Le point de départ du succès de Gheel réside dans les *guérisons miraculeuses* qui s'y sont opérées autrefois. Un registre des malades de 1604 à 1668 nous rapporte les noms de ces bénéficiaires ainsi que certaines particularités cliniques. Van Doninck

les range en trois classes : les innocents, les infirmes, les possédés. Nous n'en citerons ici que quelques cas : un garçon de 14 ans sourd-muet, infirme et demi-aveugle fut guéri le 10 juin 1604 et devint prêtre dans la suite. Des états de grosse agitation avec fureur brusquement apparus constituent les plus fréquents succès : les pèlerins arrivent pieds et poings liés ; l'un est si fort tourmenté par le diable qu'il faut quatre hommes pour le tenir, plus ils approchent de l'église, plus leur fureur augmente. On n'avait pu maintenir l'un d'eux qu'en l'attachant au trône d'un chêne, alors qu'il attendait dans la Maison des malades. On rencontre aussi des paralytiques, des muets, des sourds qui recourent en un instant l'usage de la parole, de l'ouïe, de la marche, après avoir participé aux cérémonies.

Une théorie théologique de la folie est encore exposée, mais en inversant les termes, par le « Petit manuel des pèlerins » ; qui rapproche le péché de la Folie : « tout péché, y lit-on, est lui-même un acte de folie, par lequel l'homme faible, pauvre, ver de terre, se dresse contre son créateur, le Dieu tout puissant... » Sainte Dimphne, par son martyre pour la foi, a su remporter la victoire sur « le démon de luxure ». « Aussi prions Dieu, dit encore le Manuel, de nous protéger, par son intermédiaire, de toute folie, mais avant tout de nous protéger du péché. »

Après une suspension des cérémonies de 1795 à 1803, la tradition connut encore un regain de succès. Le second *Liber Innocentium* conserve une liste de malades qui se termine seulement en 1863. De nos jours toute une iconographie populaire, images, drapelets, etc., conserve le souvenir de ces miracles, et le 15 mai de chaque année, lors de la fête de sainte Dimphne, une grande affluence se produit toujours autour du sanctuaire, et de nombreux malades viennent assister aux cérémonies.

LE « FAIT » DE GHEEL

Une tradition de charité et de bonté

Nous avons tenu à rappeler ces détails pour bien situer le « fait de Gheel » dans le climat moral qui en a préparé l'épanouissement.

Certes, les malades de la Colonie n'attendent pas la guérison miraculeuse des troubles chroniques qu'ils présentent. Les grands agités n'y trouvent plus leur place. Et précisément les

malades qui restaient d'une neuvaine à l'autre, en pension chez les habitants, appartenait certainement à une autre catégorie : celle des malades que l'on y voit placés aujourd'hui par la Colonie.

Mais, nous l'avons dit, des nombreux sanctuaires où les mentaux venaient chercher recours, bien peu ont donné naissance à ce séjour des malades : il faut en chercher la raison, avant tout, dans le caractère calme et compatissant des habitants de Gheel. C'est toute une tradition de charité et de bonté qui au cours de siècles s'y est constituée peu à peu. L'attention qu'ils apportent aux malades, l'absence de crainte, de curiosité malveillante, nées de la grande habitude de leur fréquentation crée une atmosphère de confiance particulièrement favorable : « de siècle en siècle, comme le dit Sano, le succès a couronné l'effort charitable de la population... le monument élevé à la gloire de sainte Dimphne chante également les louanges de la persévérance des habitants de la région ».

L'importance prise par le séjour des malades a ainsi créé *parallèlement* au but thérapeutique des pèlerinages, une modalité d'assistance nouvelle qui s'est développée peu à peu pour elle-même. Le séjour dans des familles de mœurs régulières et honnêtes, habituées au contact des aliénés, exerçait sur ces derniers une influence salubre incontestable : une forme originale de *sociothérapie* était apparue et la valeur psychologique du nourricier, sur laquelle nous aurons tant à dire, se montre d'emblée comme un facteur capital.

Limité jusqu'au xvii^e siècle, aux abords immédiats de l'église Sainte-Dimphne, le placement familial s'étendit dès lors aux hameaux de la commune. Un chapitre de dix chanoines dirigeait le service religieux et le placement. Ce n'était pas sans heurts avec l'autorité civile. Des réformes successives eurent lieu en 1676, 1747 et 1754. L'autorité civile redoutant les méfaits des malades limitait leur liberté que défendait au contraire l'autorité religieuse. En 1676, le bailli et les échevins obligent les nourriciers à lier pieds et mains de leurs pensionnaires. Le Doyen du Collège l'interdit en 1747 et se réserve le droit exclusif d'autoriser les moyens de contention. Sept ans plus tard, le bailli prend sa revanche et oblige les nourriciers à tenir en sûreté leurs malades « soit avec des entraves, soit en les enfermant, ou de tout autre manière ». Vers 1789, on comptait environ 400 malades fixés dans le pays.

Lors des conquêtes de Napoléon, Gheel, situé dans le département des Deux-Néthes, reçut de M. de Pontécoulant, préfet de

la Dyle, les aliénés qui étaient enfermés à Bruxelles dans des locaux insuffisants. L'administration des placements fut confiée à la communauté. Le nombre des malades s'éleva à 600. C'est donc un administrateur français qui le premier conçut l'utilisation pratique de l'assistance familiale.

Et c'est au Français Esquirol que revient le mérite d'avoir révélé Gheel au monde médical. Dès le premier abord, ce grand clinicien en avait saisi toute la portée. Dans sa *Notice sur le village de Gheel*, 1822, il réunit les documents de l'époque napoléonienne. Mais il ne s'en était pas tenu là : en 1821, il avait voulu se rendre compte par lui-même, il avait, avec le D^r Félix Voisin, inauguré ces « pèlerinages médicaux » qui ne se renouvellent que trop rarement. Pour 6 à 7.000 habitants, il y avait alors à Gheel 4 à 500 aliénés, distribués dans le village, les hameaux et les fermes de la commune. Esquirol fait d'abord « la part du merveilleux » et étudie les antiques coutumes.

Le vieux recteur de la paroisse, âgé de 73 ans, se plaignait de voir les guérisons chaque jour plus rares « depuis que la foi s'éteint et que la religion s'exile de la terre ».

Cependant Esquirol constate la vitalité propre du placement familial. Tous les détails si concrets et si précis qu'il note gardent leur valeur dans notre pratique actuelle : à un siècle de distance, les malades placés, les résultats obtenus, les réactions observées demeurent identiques. Certains malades sont confiés directement par leurs parents aux familles gheeloises, d'autres sont envoyés par l'administration des hospices de Bruxelles et de Malines. Chaque placement comporte de 1 à 5 pensionnaires. Le confort des habitations, la qualité de l'alimentation se montrent très variables suivant les placements : les pensionnaires de la ville sont bien logés, bien nourris ; ceux de la campagne, confiés à des paysans pauvres n'ont qu'un réduit plus ou moins approprié et mangent « du lait de beurre et des pommes de terre ». Tous se promènent librement dans les rues et la campagne, même lorsqu'il s'agitent, ils portent des entraves aux pieds. Lors d'accès de furie, on les enchaîne des pieds et des mains, et ils restent à leur chambre, sauf ceux qui logent dans les fermes isolées, ceux-là sortent toujours.

Esquirol note leurs occupations : les hommes s'emploient à l'agriculture et servent de valets de ferme. « Presque toutes les femmes sont occupées à filer, à faire de la dentelle, ou bien elles remplissent les fonctions de servante dans la maison où elles sont pensionnaires. » La rétribution, toujours légère, consiste en aliments : « ceux qui vivent avec les paysans se contentent

pour tout salaire d'un pot de bière qu'on leur donne le dimanche ».

Il n'existe aucune organisation médicale : les médecins du pays sont rarement appelés par les nourriciers pour des maladies de leurs pensionnaires. L'organisation administrative et financière est multiple et dépourvue de coordination : les hospices de Bruxelles ont à Gheel un directeur chargé de la rémunération de ses nourriciers ; avec deux médecins il forme une sorte de commission de surveillance chargée d'examiner les cas signalés par un inspecteur : de prononcer les changements de placement en cas de mauvais traitements, le retour à Bruxelles d'aliénées enceintes. La surveillance des aliénés entretenus par les Hospices de Malines incombe au commissaire de police de Gheel.

Nous venons de suivre pas à pas Esquirol dans sa visite à Gheel. Son entière objectivité et son génie d'observation font saisir, dans tous ses éléments, « le fait de Gheel » à l'aube du XIX^e siècle. Esquirol avait compris tout l'avenir de l'assistance familiale, aussitôt il en avait tracé la voie. « Nul doute, écrit-il, qu'il ne fût facile de donner à ce singulier établissement un plus haut degré d'utilité » et, quittant Gheel, il va proposer au ministre de l'Intérieur des Pays-Bas de construire un asile destiné à recueillir les malades agités et malpropres, et de confier au directeur, au médecin et au personnel de cet asile, « une surveillance active et continue » des pensionnaires ainsi que l'administration des soins dont ils ont besoin.

Avec ce projet de réformes, « la question de Gheel » était ouverte, en Belgique et en France.

LA « QUESTION » DE GHEEL

Pèlerinages scientifiques et polémiques médicales

Tout progrès devait être remis au moment où dans la Belgique indépendante, Guislain allait entreprendre la réforme des institutions d'aliénés. On sait dans quel dénuement les trouva ce grand maître, qui dût se forger peu à peu sa propre doctrine avant d'atteindre l'éclat de ses leçons sur les Phrénopathies, qui eut à lutter contre tant d'obstacles avant d'obtenir du gouvernement belge la loi sur les aliénés de 1850. Il jugea d'abord Gheel avec sévérité, n'en découvrit que les abus, l'incohérence, l'absence de contrôle médical. Il envisagea un instant la suppression de cette institution vénérable.

Ce fut le point de départ en 1838 d'un règlement local insti-

tuant un médecin communal des aliénés, une inspection permanente, des gardiens spéciaux.

Dès 1841, Guislain s'associait à M. Ducpétiaux, Inspecteur général des établissements de bienfaisance, pour proposer au gouvernement belge des mesures de réforme et des innovations, que traduit le règlement du 1^{er} mai 1851 établi en application de la loi de 1850. Le service médical fut confié à un Inspecteur assisté de quatre médecins. Le D^r Parigot, le premier Inspecteur, puis son successeur le D^r Bulckens se firent les apôtres des réformes tout en restant les défenseurs les plus convaincus de la tradition de Gheel dont ils comprenaient les bienfaits. Une infirmerie centrale fut édifiée en 1862. L'administration restait encore confiée à une commission trop nombreuse pour être efficace, mais le gouvernement central assurait le fonctionnement de la Colonie qui devenait une « Colonie de l'Etat pour le traitement familial des affections mentales ».

En France, le système des asiles fermés triomphait avec la loi de 1838 dont le véritable mérite restera d'avoir imposé aux établissements d'aliénés une organisation médicale et créé un corps de médecins spécialisés. Mais les grands médecins administrateurs, tels Ferrus, Parchappe, Renaudin, Girard de Cailleux n'admettaient pas que les malades puissent tirer bénéfice d'une liberté poussée jusqu'aux limites du possible. La séquestration, qui est un pis aller nécessaire pour un nombre limité de malades dangereux, leur semblait en elle-même une méthode thérapeutique de valeur générale.

Ce sont des cliniciens, que l'indépendance critique préservait de l'esprit de système qui défendirent le principe de Gheel. Ils voulurent se faire une opinion personnelle, ils accomplirent le pèlerinage de Gheel : Moreau (de Tours), en 1842, dans les *Lettres médicales sur la Colonie de Gheel*, en indique la valeur thérapeutique et économique, il constate les bienfaits de la vie de famille, de l'individualisation de l'assistance, de la liberté, du travail, de la vie au grand air : il donne des directives pour la réalisation patiente, graduelle d'un nouvel établissement de ce genre.

Morel en 1844, Brière de Boismont en 1846 ne rapportent de leur voyage que des critiques de détail. Mais ils restreignent la portée de Gheel, ils ne conçoivent pas la colonisation sans la protection d'un hospice. Ferrus, au retour de son voyage, demeure irréductible. « Pour les aliénés, dira-t-il en 1860, traitement et liberté ne peuvent aller ensemble ». Jules Falret ne se fera qu'une opinion superficielle. Pendant plus de 15 ans, une vive

polémique opposa partisans et adversaires de Gheel dans les colonnes des *Annales Médico-Psychologiques*, et de 1860 à 1865 dans des discussions demeurées fameuses aux séances de la Société médico-psychologique.

Un Italien, dont le nom reviendra souvent sous notre plume, Serafino Biffi, directeur du Manicome de Milan ; le baron Mundy, de Moravie, chirurgien-major de l'Armée autrichienne, ami intime de Morel et de Jules Falret ; un magistrat de Paris, Jules Duval ; enfin le D^r Parigot lui-même, le premier médecin-directeur de Gheel plus tard établi en Amérique, se faisaient les propagandistes passionnés de ce grand courant philanthropique. Le Congrès de Gand en 1863 discute les avantages de la colonisation agricole appliquée aux aliénés. Au Congrès de Médecine de Lyon, 1864, est posée la question « de la possibilité et de la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés des asiles spéciaux et de les placer soit dans des exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles ». Mundy et Bulckens étaient là pour défendre Gheel, contre Renaudin, Motet, Brunet et Arnaud. Morel se joignit avec une grande loyauté aux défenseurs du placement familial dont il comprenait maintenant toute la valeur. Il est d'un intérêt particulier de relever l'opinion d'Arthaud, médecin de l'Antiquaille, qui, quatre ans plus tôt, avait eu Magnan pour interne. S'il juge possible de créer un autre Gheel en France, Arthaud juge opportun « de s'écarter en un point des voies généralement suivies en France depuis 30 ans » et se range à l'extension du placement surveillé des malades dans leur propre famille. Voici qui ouvre de nouvelles perspectives sur l'influence que le maître lyonnais avait exercée sur le futur défenseur, si ardemment philanthrope, du no-restraint.

Nous ne saurions ici suivre dans le détail ces luttes désormais stériles. Gheel continuait à se développer en dépit des mauvais prophètes. La Colonie atteignait 700 malades en 1846, plus de 1.000 vingt ans après. De gros progrès y étaient réalisés sans cesse, sous la direction du D^r Bulckens, dans le traitement des malades. Et en Ecosse, naissait, d'emblée prospère, un mode de placement familial des malades basé sur des principes tout différents.

POLYGÉNISME DU FAIT DE GHEEL

Au reste, le phénomène de Gheel n'était pas isolé dans le monde. D'autres sanctuaires ont eu, avec des succès divers, le privilège de donner naissance au placement familial d'aliénés à leur pourtour.

En France même, peu s'en fallut qu'en Lorraine, Saint-Dizier à 5 km. de Delle ne connaisse la même fortune. Ce petit village de 480 habitants possédait en son église le bras de Saint-Dizier, évêque de Rodez, qui avait été assassiné ainsi que son diacre Reinfroid lors de leur passage dans le pays, en l'an 709 ou 710. Des miracles s'étaient produits sur le tombeau. Le corps du saint avait été emporté à Murbach en Suisse, et seul le bras droit avait été laissé aux habitants de Saint-Dizier. L'église qui remonte au XI^e siècle, était le siège d'un pèlerinage où l'on amenait beaucoup d'aliénés. Ils y subissaient un traitement religieux et hydrothérapique, après avoir subi l'interrogatoire du curé qui désignait une famille de gens honnêtes, intelligents, d'un caractère doux et gai, pour les recevoir pendant la durée des neuvaines. Certains malades restaient plus longtemps, et selon le mot d'un contemporain « le village était alors comme une vaste maison de santé, on accueillait les fous dans toutes les familles ».

Un médecin bien mal inspiré, le D^r Muston, devait, vers 1845, mettre brutalement fin à cette attachante coutume. « Mon premier devoir, écrit-il dans ses *Recherches anthropologiques sur le pays de Montbéliard*, lorsque j'appris ces faits, fut de m'adresser immédiatement à l'autorité judiciaire, afin de faire défendre un pareil abus lié à une aveugle superstition. Depuis lors le traitement des fous par la *méthode de Saint-Dizier* a complètement cessé. » Un commentateur, P.-J. Tallon, regrette la disparition de la politesse, de l'urbanité, de la pureté des mœurs d'autrefois, qu'entretenait cette pratique humanitaire. L'hostilité d'un parti-pris pseudo-scientifique avait anéanti tous les bienfaits d'une vieille tradition de bonté.

Aux antipodes de notre Occident, dans un autre cadre religieux, des croyances parallèles faisaient naître au Japon l'assistance familiale autour d'une source sacrée. Écoutons le D^r Sano en narrer l'histoire : « Au XIII^e siècle, une princesse quelque peu maugréante quitta ses parents, apparemment sous l'influence d'une crise schizoïde. Elle erra dans les bois, s'arrêta près d'une source sacrée dont l'eau, paraît-il, la guérit. Depuis lors, les aliénés vinrent nombreux vers cet endroit où y furent envoyés pour vivre avec les humbles habitants forestiers. Cette Colonie se maintint à travers les siècles. En 1900, le gouvernement nippon s'avisa d'y construire un asile, avec l'intention d'y réunir toutes ces âmes éparées. Mais l'asile resta inoccupé et créa en outre de la méfiance. On dut le démolir et la Colonie reprit son essor. Actuellement, plus de 800 malades vivent dans cet endroit privilégié, en assistance hétéro-familiale. »

Un même « levier moral » aboutit, en ces contrées si diverses, à une même réalisation bienfaisante.

**Le placement hétéro-familial, survivance de la garde
des aliénés à domicile. Le système écossais.**

Les peuples primitifs que nous font connaître l'ethnographie et l'histoire méconnaissent la nature des maladies mentales et l'aliéné conserve sa place au milieu de ses semblables. Dans les sociétés rurales demeurées simples, où la population reste peu dense, se livre à des travaux de grand air, les aliénés calmes continuent à partager la vie commune. Seuls les grands agités, les sujets dangereux sont internés ; le nombre en est assez restreint. Il en était ainsi dans une grande partie de l'Europe au cours du xix^e siècle.

La situation de ces malades conservés dans leur propre famille varie du tout au tout selon de nombreux facteurs individuels ou collectifs. Dans certaines contrées, un attachement sincère se manifeste pour ces sujets : tel était le cas de l'*Ecosse*.

Lorsque l'opinion publique de Grande-Bretagne s'émut du triste sort des aliénés d'Ecosse à la suite des campagnes de la philanthrope américaine Miss Dorothée L. Dix, le gouvernement ordonna une enquête sur la situation de ces malades. La loi de 1857 créait à Edimbourg un conseil spécial, le *Board of commissioners in lunacy*, formé de cinq juristes et médecins, chargés d'inspecter les établissements existants, ainsi que les aliénés demeurés dans leurs familles. Tout individu dont les médecins reconnaissent la maladie devait être interné, à moins qu'il n'ait été confié par le Bureau à la garde de sa famille ou d'une famille étrangère. De toute façon, il demeurerait sous la surveillance permanente du bureau.

Au pays où l'amour inné de la liberté faisait naître, grâce à trois grands disciples de l'école d'Edimbourg, le mouvement généreux du No-Resstraint, où Charlesworth en 1837 publiait son *Traité « Total abolition of personal restraint... »*, où le chirurgien de l'asile de Lincoln, Gardiner Hill, limitait au minimum, dès 1835 les moyens de contention, où John Conolly répandait en Angleterre les principes de la réforme, il en coûtait aux familles écossaises de voir leurs malades mentaux en risque d'être internés dans des établissements fermés, et l'on dû étendre à tout le pays le système, demeuré populaire, du placement familial dispersé.

L'enquête des *Commissionners in lunacy* dura quatre ans, de 1858 à 1862. 7.430 malades furent visités. Sur 4.859 aliénés reconnus, 1.363 se trouvaient hors des asiles. La garde des malades à domicile, que ce soit dans leurs familles ou dans des familles étrangères était donc très répandue. Il fallut distinguer les sujets bien traités et ceux dont les familles ne prenaient qu'un soin insuffisant ; ces derniers furent confiés à d'autres familles qui offraient des garanties. En particulier les malades des villes où le séjour des aliénés reste si difficile furent envoyés dans des villages, dans des hameaux, dans des fermes éloignées de la campagne. Ainsi naquit le *Private dwelling system*. Certains villages, tels Kennoway, à une heure et demie au delà de Firth of Forth acquirent une vraie renommée pour les bons traitements qui y étaient réservés aux malades. L'organisation médicale demeura au début très peu spécialisée. Les deux aliénistes, *commissionners in lunacy*, passaient une ou deux fois par an inspecter les malades ; ceux-ci lors de troubles passagers, étaient soignés par les médecins du pays, et lors d'excitation ils étaient internés dans les asiles dont le placement familial demeurait complètement indépendant. Dès 1867, 28 % des aliénés d'Ecosse se trouvaient placés, tandis que 43 % étaient internés dans les asiles et 18 % confiés aux *Workhouses*, maisons de rééducation par le travail.

Les débuts de l'assistance aux aliénés en Finlande ont adopté, pendant un temps, la méthode écossaise. Il n'y avait, au début du siècle, qu'un vieil asile appliquant mal les décrets de 1888. En 1902, le professeur Ehrnrooth organisa une assistance familiale dispersée qui se condensa dans la suite (Sano). En 1933, 421 malades étaient placés dans les familles sous le contrôle de six asiles.

Extension mondiale du principe du placement familial Créations administratives et point de vue économique

Tandis que se poursuivaient les polémiques médicales, l'idée du placement familial des aliénés faisait peu à peu son chemin. Les administrateurs se trouvaient aux prises avec un problème redoutable : l'augmentation du nombre des aliénés, ou plus exactement l'augmentation du nombre des malades mentaux devenus incapables de partager la vie commune, se montrait parallèle à l'accroissement de la population des villes et aux progrès de l'industrie. Le seuil de l'internement va en s'abaissant au fur et à

mesure que les conditions de la vie deviennent de plus en plus difficiles.

Le placement familial des aliénés, qui se démontrait possible, a toujours eu pour les administrateurs le mérite incontestable de son prix de revient modique : il ne comporte que peu de constructions nouvelles, un personnel très réduit et *le prix de journée du malade est toujours moitié moins élevé que celui des asiles fermés*. C'est là, pensons-nous, l'un des facteurs déterminants de l'acceptation définitive du système.

Et les créations successives des institutions nouvelles dans les pays les plus divers prouvaient que presque partout il était possible de rencontrer, dans les populations simples de la campagne, ces qualités minima, que Jules Falret, que Jean Duval lui-même, qu'Arthaud, avaient désespéré de découvrir loin du « miracle gheelois ».

La *Belgique* elle-même créait à Lierneux, en pays wallon, une Colonie destinée à faire bénéficier du régime de demi-liberté les aliénés wallons, dans un milieu qui comprenait leur langue. Instaurée en 1887 par le conseil provincial de Liège sur l'initiative du gouverneur Pety de Thozée, la Colonie était érigée en institution légale le 11 février 1885. L'essai réussit parfaitement et démontra, selon l'expression du D^r Massaut, qu'une Colonie familiale pouvait être établie d'emblée et de toutes pièces. Le placement familial entraînait dans la pratique psychiatrique courante.

En France divers essais avaient lieu. Billod ne parvenait pas à obtenir du Conseil général de Maine-et-Loire l'autorisation, accordée par le Préfet, de placer des malades inoffensifs dans les familles. Billod, Brunet, Arthaud restaient attachés au placement homofamilial et tentaient de faire reprendre par leurs familles les malades inoffensifs, moyennant une indemnité. Le D^r Turck, médecin des eaux de Plombières, qui dénonçait dans ses écrits les abus des asiles fermés, exposait au Congrès de Médecine de Lyon, 1864, les bons résultats qu'il obtenait dans les Vosges, où à défaut d'établissement départemental, il encourageait des parents à reprendre leurs malades calmes hospitalisés à Maréville ; d'autres malades inoffensifs étaient placés chez des particuliers bénévoles, moyennant une subvention départementale et communale. En 1871, une enquête aboutissait à des conclusions favorables. Mais l'administration se montre hostile à la méthode. En 1891, 24 malades étaient encore ainsi placés.

Avant la guerre de 1870, Haussmann présentait au Conseil

général de la Seine un projet de colonie familiale, pour les aliénés chroniques, aux environs de Paris.

L'ère de réalisation ne devait s'ouvrir qu'en 1890, alors que se posait au Conseil général de la Seine, la question du désencombrement des asiles. Le D^r Deschamps et G. Berry, conseillers généraux, le D^r Auguste Marie visitèrent Gheel, Lierneux, les placements d'Ecosse. Leur étude fut concluante. Dès la session de 1891, le Conseil général adoptait le principe de placement dans les familles, à la campagne, de déments des asiles de la Seine, exclusivement choisis parmi les incurables inoffensifs et décidait à titre d'essai de créer à Dun-sur-Auron (Cher) une première colonie de 100 déments séniles. La direction en était confiée au D^r Auguste Marie, dont l'inlassable dévouement allait assurer le succès.

Malgré les difficultés inévitables du début, provenant surtout des préjugés du public à l'égard des aliénés, la réussite s'affirma bientôt. Des annexes furent établies dans les villages voisins, à Bussy, Nizerolles en 1896, à Levet en 1897, en 1898 à Ainay-le-Château. Le développement rapide de cette dernière filiale la fit ériger en colonie autonome le 1^{er} juin 1900, sous la direction du D^r Lwoff. Depuis lors Ainay est devenu le placement des hommes, tandis que Dun se consacrait aux femmes. Plus de 2.000 malades s'y trouvent actuellement placés.

En Allemagne, les premières tentatives se rencontrent au XVIII^e siècle. Engelken, ancien médecin de l'armée hollandaise, se mit à placer des malades, vers 1764, aux alentours de l'hôpital privé de Rockwinkel, près de Brême. Au début, le choix des malades et celui des nourriciers était un peu laissé au hasard. Engelken plaçait les malades pauvres chez de petits propriétaires terriens, des artisans, des travailleurs de la campagne. Mais il avait aussi quelques clients privés, qu'il distribuait dans une région boisée, pittoresque, « idyllique ». Malgré ses imperfections, la coutume se perpétua jusqu'en 1878, où l'asile de Brême se chargea du placement et de la surveillance.

Griesinger, en 1867, dans son étude sur les Etablissements d'aliénés et leur futur développement, avait tracé la part du placement familial qui sort le malade d'une existence artificielle et monotone « pour le replacer dans une atmosphère sociale naturelle ». Griesinger en concevait toute la valeur rééducative.

Sous son influence, plusieurs asiles d'Allemagne tentèrent le placement des malades dans un cadre régional. Ferdinand Wahrendorff, directeur d'une institution privée d'aliénés à Ilten, dans la province de Hanovre, commença par placer quatre mala-

des dans trois familles, et à la mort du fondateur, en 1898, 140 pensionnaires se trouvaient répartis sur plusieurs villages voisins. Wahrendorff avait mérité le nom de « Père du placement familial en Allemagne ».

Depuis lors, les centres de placements familiaux se sont multipliés. Konrad Alt à Uchtsprunge en Saxe (1894), créa à l'usage d'infirmiers mariés auxquels il confiait des convalescents, le village de Wilhelmseich, une véritable expérimentation en matière de placement familial s'y institua, en même temps qu'un véritable centre d'éducation pour les habitants des régions voisines. En 1899, Konrad Alt ouvrait l'annexe de Jerichow. A Erlangen, près de Nuremberg, Gustav Kolb organisait, outre un placement hétérofamilial, une surveillance régulière des malades confiés à leur famille.

L'asile de Dalldorf, près de Berlin, 1895, celui de Bunzlau en Silésie, de Kortau et d'Altenberg en Prusse, puis en tout 32 asiles suivaient bientôt l'exemple. Après la guerre de 1914-18, l'assistance s'est dirigée surtout en Allemagne, vers le maintien et la surveillance des malades dans leur propre famille.

L'Italie a compté l'un des premiers apôtres du placement familial ; Serafino Biffi, dès 1862, envisageait le parti qu'en pourrait tirer la province de Milan dans la réforme de ses institutions psychiatriques. Sous l'impulsion de Tamburini (de Reggio) et de G. C. Ferrari (Imola) une application en est tentée à partir de 1900, au pourtour de plusieurs hôpitaux psychiatriques. En 1905, les trois principaux centres étaient Reggio en Emilie, Vicence, Aquilée. Depuis lors, l'expérience s'étendit à six autres asiles. La guerre de 1914-18 lui fut défavorable. A Volterra qui avait été l'un des centres les plus actifs, l'assistance familiale disparut. Au début de 1935, les principaux groupes se trouvaient à Reggio, à Arezzo, à Lucques, à Florence, à Trévise, à Trieste, où le placement fut organisé en 1933. A Imola, Baroncini a formé de petites colonies de malades confiés à des familles de paysans, qui les emploient sous la direction d'un patronage (prof. Corberi).

C'est à un Belge, le professeur Mahaim, disciple d'Auguste Forel, que *la Suisse* doit la réalisation de ces premiers placements familiaux dans le canton de Berne en 1901. Puis sont venus Vaud en 1907, Zurich en 1909. Ce n'est que 15 ans plus tard que l'assistance familiale s'étend aux cantons de Soleure (1921), en Argovie et à Bâle-Ville (1929), au Jura bernois et à Saint-Gall (1931), enfin en 1934 dans le Valais. Des placements

isolés, sans organisation d'ensemble, existent dans les autres cantons (Bersot).

En Angleterre, il est loin d'avoir un développement comparable à celui de l'Ecosse, et s'applique au domaine de la déficience mentale bien plus qu'à celui des psychoses ; le type homofamilial prédomine : il s'agit en somme de mises en liberté surveillées. En Irlande, le placement familial n'existe pas : les familles des aliénés ne s'y sont pas montrées favorables et le recrutement des nourriciers n'a pas semblé possible.

La Suède possède une organisation contrôlée par l'Etat et rattachée aux asiles depuis 1903 : elle est due au D^r Lindell, médecin de l'hôpital de Saint-Sigfrid à Växjö, il utilisa dans ce but les aptitudes des habitants du village de Korsberga, distant de 60 km. que des prêtres appartenant à la famille Ponten, depuis trois générations avaient habitués à s'occuper eux-mêmes de leurs aliénés. Vingt ans plus tard, la pratique s'en est généralisée, 12 asiles sur 23, en 1935, avaient 693 malades en placement familial. Quelques villes, Stockholm, Gothenbourg, Norrköping ont une organisation indépendante des asiles.

En Norvège, le placement familial des aliénés a une existence déjà ancienne. *Au Danemark*, il y avait au 31 mars 1935, 715 malades placés, dont 426 pour le seul asile d'Aarhus.

En Hollande, la ville de Rotterdam possède un service d'assistance hétérofamiliale dispersée. La ville d'Amsterdam a créé un service de réadaptation, qui dispose d'une petite colonie familiale à Soest sous la direction de l'instituteur en chef du village ; elle groupe une soixantaine de malades. Et de nombreux malades hollandais sont envoyés chaque année à Gheel.

Le premier centre de placement familial de *la Hongrie*, Dicio san Martin en Transsylvanie fut créé par le D^r Fabiny. Les traités de 1920 l'ont fait passer en Roumanie. Créés pour obvier à l'encombrement des asiles, les centres hongrois se développèrent rapidement, ils comptaient environ 1.800 malades en 1914. En 1923, le nombre en était à 114. *En Hongrie*, ils se sont relevés depuis lors et atteignaient 2.267 en 1930. Proportionnellement, comme le remarque Pollock, *la Hongrie* dépasse tous les autres pays, ce nombre représente 26,4 % de tous les malades mentaux internés.

En Roumanie, la colonie de Dicio san Martin connaît à nouveau, elle aussi, la prospérité, sous l'impulsion du D^r Mares Cahane. En 1928, il n'y avait plus que 121 malades dans les familles ; le 18 octobre 1935, on en comptait 423, et la réorganisation de la colonie était envisagée.

La Pologne est entrée dans la voie du placement familial à la suite d'une expérience toute spontanée, qui eut lieu dans la pauvre commune de Deksznia, à cinquante kilomètres de Wilno. Au milieu du XIX^e siècle, une malade de Wilno fut placée chez des parents qu'elle y avait. En 1900, le D^r Szabad de Wilno trouvait dans ce village quatre ou cinq malades placés dans des familles différentes. Le D^r Wirszubski, de Wilno s'y intéressait dès 1903 et devenait l'apôtre du placement familial en Pologne : par son initiative privée, 200 malades étaient placés en 1914. Après une éclipse durant la guerre, le placement reprit de l'extension et fut reconnu et contrôlé par le Service de Santé depuis 1930. Le D^r Wirszubski continuait à visiter une fois par mois les malades. Deux autres colonies autonomes ont été créées en 1932 et 1934, en particulier celle de Janiesliski, près de Wilno, fondée par J. Podwinski comptait en 1933 plus de 40 malades placés trois par trois dans des fermes. Enfin deux asiles, près de Varsovie et de Bialystok ont organisé autour d'eux le placement familial (Lifszye).

La Russie, pays essentiellement agricole, de structure sociale demeurée très simple, conservait un grand nombre d'aliénés à domicile : la statistique de Biaschkoff (de Smolensk), rapportée par Auguste Marie, dénombre en 1896, 1.143 malades sur une population de 600.000 habitants, 150 seulement étaient internés, 1.223 vivaient dans leur famille et Biaschkoff estime que la moitié d'entre eux y recevaient des soins suffisants.

Le pays devait donc fournir les éléments du placement familial pour les malades originaires des villes, et de fait depuis 1888, à Riga, plusieurs colonies avaient été créées, celle de Moscou fondée en 1900 par Bagenoff, ancien élève de Magnan, avait connu un développement rapide.

De tout ceci il ne reste plus rien, et nous n'avons pas de renseignements sur l'existence en U.R.S.S. d'institutions de ce genre.

Les avatars de la colonisation familiale aux *Etats-Unis* ne surprennent pas lorsque l'on songe à la rapidité des progrès industriels et à l'extension urbaine immense qui s'y sont produits au cours du XIX^e siècle.

Les premiers essais furent tentés dans le Massachussets en 1895, et se trouvent liés à l'activité du Bureau de charité créé en 1863, particulièrement avec Frank B. Sanborn et le D^r Samuel G. Hove. Le système souleva des critiques de la part du public, qui y voyait une concurrence pour les ouvriers ; et les nourriciers de ce côté ne donnèrent pas les preuves du dévouement

indispensable. Cependant, des premiers pensionnaires d'alors, deux survivants se trouvent encore en placement familial. Visités par le superintendant du Gardner State Hospital, le D^r Chas. E. Thompson en 1935, ils exprimaient toute leur satisfaction du mode d'assistance sous lequel ils avaient passé une si longue partie de leur vie. Depuis lors, le placement a été de plus en plus considéré comme une dépendance de l'hôpital d'état qui en assume aujourd'hui la surveillance. Le plus grand développement fut atteint de 1901 à 1915, le placement fut repris en 1932 avec 205 malades, en octobre 1935, 327 malades se trouvaient placés par 11 hôpitaux dans 40 localités. Des essais récents dans l'Etat de New-York ont été faits, pour les arriérés par Charles L. Vaux à l'école d'Etat de Newark depuis 1931 ; puis par divers hôpitaux d'aliénés, surtout le Harlem Valley State Hospital, l'Hudson River State Hospital, l'Utica State Hospital, le Buffalo State Hospital, etc., dont les résultats sont rapportés dans l'ouvrage si documenté du D^r Horatio H. Pollock. L'Etat de Pennsylvanie s'engage dans la même voie.

Les Etats-Unis atteignent maintenant une phase de stabilité et d'organisation qui leur permet d'aborder le placement familial en évitant les écueils d'autrefois, c'est un vaste champ d'expériences nouvelles, riche de promesses, qui s'ouvre pour lui.

Indiquons encore que l'*Uruguay* a ouvert en 1929 la colonie « D^r Fernando Etchepare » qui comptait en février 1930, 388 malades.



Des négateurs acharnés condamnaient encore, au Congrès de Blois, en 1892, l'assistance familiale qu'ils jugeaient inapplicable. Devant la diffusion mondiale de la méthode, ils se sont tus.

Le Congrès d'Assistance publique de 1889, les Congrès de l'Assistance familiale en 1900 et en 1902, les Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française qui ont eu la bonne fortune de se tenir en Belgique (Bruxelles, 1903-1910-1924 ; Anvers, 1928 ; Bruxelles, 1935), la seconde Réunion européenne d'Hygiène mentale, 1935, etc., ont tous entendu exposer par les médecins de l'Assistance familiale les résultats obtenus dans les divers pays. Aux discussions sur le principe même de la méthode se sont substituées des études sur ses conditions de fonctionnement, sur ses conséquences psychologiques et sociales, sur les moyens d'en accroître l'efficacité thérapeutique.

LES MODALITÉS DU PLACEMENT HÉTÉRO-FAMILIAL ORGANISATION MÉDICALE ET ADMINISTRATIVE

Le placement familial, tenté en des contrées très différentes dans des conditions peu comparables, par des médecins et des administrateurs de formation bien diverse, devait fatalement revêtir des modalités qui chacune comportent leur cachet propre d'originalité.

Comme le remarquait, à la Réunion d'Hygiène mentale de Bruxelles, 1935, le professeur Medea (de Milan), petit-neveu de Serafino Biffi, tous les pays selon leurs traditions, leurs habitudes, leurs tendances doivent prendre de Gheel ce qui est le plus proche du caractère de leur population.

Dans l'ensemble, les systèmes existants se groupent autour de quelques types généraux, dont nous étudierons ici, après une description sommaire, l'organisation médicale et administrative :

1. Le type *dense*, qui réalise la *Colonie familiale*, institution autonome, munie d'une infirmerie centrale, et groupant un nombre important de placements : tels sont les cas de Gheel (3.000 malades), de Dun (1.500 malades), d'Ainay (700 malades).

2. Le type *périhospitalier* : au pourtour d'un hôpital psychiatrique, un nombre variable de malades se trouve placé sous le contrôle immédiat des médecins de l'établissement. Nous prendrons comme exemples d'étude l'Italie et la Suède.

3. Le type *disséminé*, qui disperse sur toute une région des malades en petit nombre dans chaque localité : c'est le système adopté en Ecosse.

4. Enfin, des *formules mixtes* répondent à des nécessités locales : nous en retiendrons deux types : celui de Lierneux, de Dicio san Martin comporte un hôpital de moyenne importance fonctionnant à la fois comme asile régional et comme centre d'une colonie de placement. A l'opposé, le système suisse de placement cantonal disséminé, en rapport avec les asiles et les sociétés de patronage, offre bien des traits caractéristiques.

Placements de type dense :

LES COLONIES FAMILIALES

L'organisation des Colonies familiales de Gheel d'une part, de Dun et d'Ainay d'autre part, qui en fait a abouti à la constitu-

tion d'institutions très voisines, répond à un principe et à des indications tout à fait différentes.

La situation de la Colonie de Gheel était déterminée par le fait historique auquel elle devait le jour, et qui préexistait à son aménagement médical et légal. Le recrutement des malades a conservé tout le libéralisme traditionnel : *aucune restriction* d'âge, de classe sociale, de provenance ni de nationalité. Les malades y entrent *directement*, sans passage préalable par les asiles. Seuls, en pratique, les aliénés « judiciaires » se trouvent écartés.

En France, le placement familial a été organisé dans un but précis, celui du désencombrement des asiles du département de la Seine. Il en découle donc d'emblée une limitation administrative du recrutement. Il s'agit d'adultes indigents ou peu fortunés, internés au compte du seul département de la Seine. Parmi les régions qui s'étaient offertes à recevoir des malades mentaux lors de l'enquête effectuée en 1891 par la Préfecture de la Seine, la partie méridionale du département du Cher avait été retenue en raison de sa distance assez favorable de Paris (Dun est à 250 km. de Paris), de façon à ce que les familles n'aient pas à effectuer de parcours trop pénible ou trop coûteux pour visiter leurs malades ; d'ailleurs la majorité de ceux-ci se recrute parmi les sujets les moins visités de Paris.

La Colonie de Gheel a servi de modèle pour l'organisation de tous les établissements similaires. Aussi commencerons-nous notre description par elle.

LA COLONIE DE GHEEL

Gheel se trouve en plein milieu de la Campine à 50 km. à l'Est d'Anvers, sur la ligne de chemin de fer qui par Ruremonde se dirige vers Cologne et Dusseldorf.

La Colonie nous est apparue, lors de notre voyage de décembre 1934, sous l'aspect aimable et sympathique du D^r Sano, médecin-directeur de la Colonie, auquel le Professeur Vermeylen avait bien voulu nous annoncer et qui était venu nous attendre à la gare. Aussitôt descendus du train, nous avons aperçu l'infirmier, chargé par la Colonie de renseigner les familles ; déjà un pensionnaire nous priait de lui confier nos valises et les emportait vers l'hôtel. Dès le premier contact, nous étions conquis par le caractère hospitalier et accueillant d'une Institution qui, par la personne de son Chef, de ses employés, de ses pensionnaires, exprimait avec tant de cordialité la bienvenue au visiteur.

Aussitôt, nous entrions, avec M. Sano, dans le vif de notre étude, au cœur même de notre sujet. Nous nous trouvions au milieu des pensionnaires, qu'aucun signe distinctif, qu'aucun uniforme ne désigne à l'attention ; nous suivions la longue rue de la Gare, nous visitions des placements dans les maisons bien construites qui la bordent, nous arrivions à la Grand'Place que domine sur l'un des côtés, l'église Saint-Amand, bel édifice flamboyant dont nous devons admirer le lendemain les boiseries « baroques » et la chaire de vérité, dues à Verhagen. De la Grand'Place on accède vers le Nord-Est du bourg, à la belle basilique Sainte-Dimphne, qui fut si longtemps le grand centre psychopathologique des Flandres, et non loin d'elle, on visite l'hôpital communal qui, au début du XIX^e siècle recevait lors de leur arrivée les malades mentaux.

Partout, les placements que nous avons visités chez des artisans, des ouvriers, de petits commerçants, nous ont laissé, en dépit de degrés d'aisance très divers, une impression de confort et de méticuleuse propreté. Et ce qui est sans doute tout à fait spécial à Gheel, nous avons vu dans des intérieurs luxueux des malades de famille riche auxquels des bourgeois aisés prodiguaient leurs soins, exprimant pour leurs pensionnaires un attachement vraiment touchant. Ainsi les malades de toutes conditions sociales peuvent être soignés dans des familles de situation équivalente, et ce n'est pas l'intérêt de Gheel d'entretenir chez tous les habitants le même dévouement aux malades.

Non moins remarquable est l'*internationalisme* de Gheel. D'un placement à l'autre, nous rencontrions en dehors de Belges, Flamands et Wallons, des Français, des Hollandais, des Allemands, des Italiens, des Anglais, etc... Le médecin doit ici avoir un talent de polyglotte... Mais M. Sano faisait mieux. D'une phrase, il prouvait à chacun qu'il se souvenait de son nom, de son histoire, il savait remémorer à chacun ces détails qui tiennent au cœur du malade, et dans cette *individualisation* d'une *psychothérapie* toute spontanée, nous découvrions le secret de l'ascendant remarquable exercé sur tous les malades par leur Directeur, le secret de leur discipline et de leur affectueuse déférence. Sous un nouvel aspect, nous prenions nous-même contact avec ce lien *moral* qui fait de Gheel autre chose qu'une banale agglomération de malades, qui en fait en réalité une grande famille.

De la Grand'Place, la rue du Pas, à l'opposé de la rue de la Gare, conduit au siège de la *Colonie*. C'est le quartier général de l'œuvre psychiatrique moderne.

Précédés par les pavillons des médecins, les bâtiments de la

Colonie ont été édifiés suivant les instructions de Guislain (1862), dans un style qui rappelle les bâtiments anciens de l'Hôpital maritime de Berck. Ils répondent toujours à l'ampleur du développement actuel.

L'Infirmerie comporte les deux pavillons d'admission des hommes et des femmes édifiés de 1922 à 1924 et pourvus de 25 lits chacun, puis le pavillon d'hospitalisation, de 50 lits en tout. Le Dr Sano nous faisait constater, non sans une satisfaction bien légitime, qu'en dépit de la saison d'hiver, il n'y avait aucun encombrement : bien des places restaient encore vides. L'état sanitaire des pensionnaires est bon, et les nourriciers ont à cœur de traiter chez eux les petites indispositions de leurs malades. Il ne les renvoient à l'Infirmerie que pour des affections graves. Les infirmières sont des religieuses Norbertines.

A l'infirmerie est annexé un laboratoire, qui permet tous les examens courants ainsi que les travaux d'anatomie pathologique. Enfin une école a été édifiée récemment (1922) lors de l'organisation de la section des enfants anormaux.

La Colonie répond en étendue, à la vaste superficie de la commune de Gheel, dont les 10.853 hectares hébergent 18.000 habitants. Plus de 3.000 malades se répartissent entre le bourg et les hameaux plus ou moins éloignés. On comptait le 1^{er} janvier 1931 : 1.460 hommes, 1.405 femmes et 121 enfants. Le chiffre des entrées était en 1930 de 490, celui des sorties 473, y compris 119 décès, soit 3,4 % du nombre des malades soignés : la mortalité y est donc très faible, si l'on tient compte de la proportion de l'âge des sujets, et des nombreuses tares physiques que présentent en général les malades mentaux. En 1935, Gheel comptait 3.300 malades.

L'étendue de la Colonie est divisée en cinq sections qui relèvent chacune d'un médecin spécialisé, qui ont chacune leur maison de bains avec des infirmiers diplômés et des infirmières qui s'occupent des pensionnaires femmes.

Chaque placement reçoit au plus deux malades, et ces malades sont du même sexe. Chaque malade a sa propre chambre. Dans beaucoup de maisons simples, les chambrettes des pensionnaires, attenantes à celles des nourriciers, sont commandées par elles. Les repas sont pris en commun. Chaque malade a son livret, avec l'inventaire des objets appartenant à la Colonie.

Organisation de la Colonie : le règlement de 1912. — L'organisation actuelle de la Colonie est déterminée par le règlement général de 1912.

Un Comité d'inspection et de surveillance, qui se réunit à la

Colonie tous les trimestres contrôle la gestion des divers services, et avant tout, les soins donnés aux malades. Il comprend : le Gouverneur de la province, le Procureur du Roi, le commissaire de l'arrondissement, le juge de paix du canton, le bourgmestre et le curé-doyen de Gheel, quatre membres (dont deux nourriciers) nommés par le Roi. L'un des membres de ce Comité remplit les fonctions d'administrateur provisoire des biens des malades.

Le médecin-directeur est le Chef de la Colonie, il est spécialement chargé du service médical de l'asile, « fait l'observation des cinq premiers jours » pour les malades nouvellement arrivés, et sélectionne les malades, soit pour leur placement en famille, soit pour leur renvoi dans les asiles fermés. Il fait de plus des visites intermittentes dans les familles des nourriciers pour s'assurer de la régularité du service de sections.

Les médecins de section assurent le traitement des malades curables, les soins aux incurables et le traitement des maladies incidentes ; la surveillance des conditions hygiéniques, diététiques et matérielles dans lesquelles se trouvent placés les malades, la surveillance du travail qu'on leur permet, ainsi que des distractions et récompenses qu'on leur donne. Ils visitent une fois par semaine les malades curables ou ceux qui traversent une phase aiguë, et une fois par mois les chroniques. Ils assurent le service d'urgence.

Un médecin est de plus affecté au traitement des malades hospitalisés à l'infirmerie. Un autre médecin de section se consacre aux enfants anormaux. Enfin n'oublions pas l'assistant social de la Colonie qui s'attache à la réadaptation sociale des malades, depuis 1925, et accomplit une œuvre d'une importance qui s'accroît d'année en année.

La Colonie possède un pharmacien ; un aumônier est chargé du culte catholique et veille à la moralité des malades. Un receveur assure la gestion des deniers de l'institution et des biens des pensionnaires. Un chef de bureau dirige le « greffe » ou secrétariat.

Dans chaque section, les gardes de section ont une mission bien déterminée. Ils parcourent l'étendue de la section, surveillent la conduite des malades dans les rues et les lieux publics et veillent à leur rentrée aux heures réglementaires, ils préviennent et répriment tout désordre causé par les malades. Ils empêchent tout mauvais traitement à leur égard et les secourent au besoin ; ils veillent à ce qu'on ne leur donne pas l'occasion de s'enivrer. Ils visitent les malades de la section atteints d'affections inci-

dentes, et au moins deux fois la semaine pour le premier mois les malades nouvellement placés, de même que les malades à pronostic favorable ou douteux, et parmi les chroniques ceux qui subissent leur crise périodique. Enfin, ils veillent à l'entretien et au renouvellement régulier des objets d'habillement et de couchage confiés aux nourriciers, le nettoyage et l'entretien.

Les nourriciers sont responsables de tous les dommages ou dégâts que leur pensionnaire occasionne, et que par négligence ils n'ont pas empêchés.

Les enfants anormaux. — Une mention spéciale revient à la section des enfants anormaux organisée sous la direction de M. Sano, par M. Vermeulen. Cette création, qui répondait à un besoin exprimé dès 1902 par M. Auguste Ley, a été couronnée de succès, elle peut être prise comme modèle pour des réalisations ultérieures.

Une section autonome fut constituée avec un personnel médical et un infirmier spécial. Elle était officiellement instituée le 1^{er} janvier 1922, avec 75 enfants (61 garçons et 14 filles). Elle en groupait 120 en 1931 et 254 en 1937.

Les enfants peuvent être admis, grâce aux dispositions de la loi belge sans nécessiter les formalités de la collocation. L'observation des cinq premiers jours, par le médecin-directeur est suivie de la part du médecin de section et de l'infirmier du centre d'un examen complet insistant spécialement outre l'intelligence, sur l'affectivité et le caractère, et d'un examen pédagogique par l'instituteur principal.

De l'examen pédagogique résulte l'admission dans l'une des trois classes de l'école, ou l'envoi chez des nourriciers qui s'efforceront de leur trouver une utilisation dans les travaux des champs ou dans la ferme. Des cours du soir s'adressent aux jeunes gens qui ont quitté l'école et sont placés en apprentissage.

Les enfants admis à l'école logent dans le bourg de Gheel chez des nourriciers qui parfois ont des enfants du même âge, et nous avons pu voir certaines de ces familles où parmi de nombreuses petites têtes blondes, il était difficile, à première vue, de distinguer enfants du nourricier et petits pensionnaires, tous élevés ensemble avec une commune sollicitude.

Le point de vue financier. — Les ressources de la Colonie comportent la subvention de l'État, qui assure la part des indigents, les pensions des malades payants, établies par un commun accord du nourricier et de la famille, avec le médecin-directeur. Un arrêté royal fixe chaque année le prix de journée des indi-

gents. Le prix de pension des indigents étrangers admis à la demande d'administrations publiques de leur pays est fixé par le Ministre de la Justice.

Les pensions des malades payants en 1935 s'élevaient de 4.000 à 12.000 francs belges sur lesquels la Colonie retient 15 % pour la participation aux frais généraux de l'organisme central. Le prix de journée était de 7 fr. 75. La rétribution accordée aux nourriciers varie suivant le classement des pensionnaires dans l'une des trois catégories : travailleurs, pour lesquels elle était de 5 fr. 50 ; oisifs propres, 6 fr. 40 ; malpropres, 7 fr. 75. Pour les enfants anormaux l'indemnité journalière était de 6 fr. 50 pour ceux qui peuvent travailler, 7 fr. pour les non-travailleurs. Les sommes dues aux nourriciers leur sont réglées tous les six mois, par chèque postal.

LES COLONIES FAMILIALES DE FRANCE

Les deux Colonies familiales du département de la Seine sont situées, au centre de la France, dans une région essentiellement rurale, sur la route nationale qui conduit de Bourges à Moulins. Celle des femmes se trouve à Dun-sur-Auron, dans le Cher, celle des hommes 23 km, plus au sud à Ainay-le-Château, dans l'Allier. Ainay-le-Château fut d'abord une annexe de Dun, puis, s'étant développée, se spécialisa dans le placement des hommes, et constitue maintenant elle aussi un établissement autonome.

Basées sur le même principe, les deux Colonies possèdent la même organisation d'ensemble. A Ainay comme à Dun existe le Centre administratif et médical de l'institution : ce Centre demeure d'une importance primordiale. C'est là résidence du médecin-directeur et d'un médecin-assistant qui assure avec lui le service de l'infirmerie. C'est aussi le siège des bureaux et celui des services économiques, que dirige un économe. Ils sont représentés avant tout par le vestiaire et la cordonnerie. Enfin on y trouve le service central des bains et les moyens de transports automobiles qui mettent en relation rapide le centre avec les annexes et les placements.

Revenons maintenant sur quelques points.

Le personnel des Colonies. — Le personnel des Colonies familiales relève tout entier de la Préfecture de la Seine. A la tête de chacune des deux Colonies se trouve un médecin-directeur, à Dun se trouve de plus un second médecin en chef, tous trois appartiennent au cadre national des Médecins des Hôpitaux psychiatriques. Auprès d'eux, des médecins-assistants (trois à Dun,

deux à Ainay) sont soit des médecins praticiens résidant dans les annexes éloignées et chargés de la visite des placements et du service de la petite infirmerie de l'annexe, soit des médecins attachés uniquement au service de la Colonie.

L'économe, le secrétaire de direction sont des fonctionnaires qui ont le plus souvent débuté dans les Hôpitaux psychiatriques de la Seine. Les commis des bureaux, les infirmiers et infirmières sont l'objet d'un recrutement local, mais ces derniers suivent les cours en vue d'obtenir le diplôme d'infirmiers des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, et la plupart d'entre eux sont titulaires de ce diplôme.

Avec le D^r Chanès, nous avons consacré une étude spéciale aux *Infirmiers visiteurs de placement* des Colonies familiales, dont l'importance sociale nous est apparue si grande qu'ils constituent à notre sens, l'un des rouages capitaux de ces institutions.

La vie véritable de la Colonie se déroule hors du centre, dans les placements répandus sur toute la contrée. Les visiteurs en sont pour ainsi dire les animateurs, ils contrôlent les nourriciers et les placements, surveillent les malades, président aux rapports de ces derniers avec le reste de la population. Ils assument une triple fonction, médicale, morale et sociale. Il est à remarquer qu'à Dun même, exception faite de deux visiteuses, ces infirmiers sont tous des hommes. Il y a là dans le cas de Dun, une exception à l'article 34 de l'ordonnance de 1839 qui prévoit un personnel du même sexe que les malades traités. Mais l'expérience a montré que — dans les circonstances actuelles — les hommes jouissent auprès des nourriciers d'une autorité beaucoup plus grande que les femmes. Il semble qu'on se heurte là aux traditions patriarcales des familles paysannes, pour qui « le patron » est le seul chef. Et cette tradition reste d'autant plus agissante que le recrutement des visiteurs demeure local. Tous sont des enfants du pays, qui ont grandi au milieu de leurs concitoyens, connaissant à fond leurs habitudes, leurs possibilités et leurs besoins, leur honorabilité, leurs intérêts, leurs rivalités... Il paraît que dans ces conditions, les hommes se montrent plus impartiaux que les femmes, plus dégagés des questions personnelles. Ils ont aussi plus de force physique lorsque les malades présentent des accès d'agitation.

Nous n'avons pu nous empêcher de penser néanmoins, bien souvent, que le corps des visiteurs, même à la Colonie des *hommes*, devrait être mixte, et qu'à côté des infirmiers visiteurs, il y aurait place et travail distincts pour des assistantes sociales,

formées dans les écoles spécialisées ; elles apporteraient un élément nouveau de progrès qu'on ne peut demander, faute d'entraînement, et aussi d'indépendance de la part de fonctionnaires locaux. Il y aurait beaucoup à faire en ce sens notamment dans la tenue matérielle des placements, dans les relations entre les malades et les nourriciers, et aussi dans les relations des malades et de leurs familles. L'existence de ces assistantes sociales serait aussi l'une des conditions fondamentales de l'assistance familiale aux enfants anormaux, qui, jusqu'ici, en France, n'a pas été abordée.

Nous avons exprimé également le vœu, dans des rapports administratifs, que les infirmiers et les infirmières chargés du service des infirmeries aient effectué, avant leur arrivée en Colonie, un stage suffisant dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine. En colonie, ils ne voient que des formes atténuées des affections mentales, aussi sont-ils quelque peu désarmés lorsque survient un accès aigu de la psychose, et ne sont-ils pas autant à même d'en prévoir les accidents que leurs collègues habitués aux phases d'activité morbide.

Le recrutement des malades. — La première expérience avait été tentée à Dun sur un lot de 100 « déments séniles ». Bientôt, le recrutement fut étendu à des catégories beaucoup plus larges. Toute condition réglementaire d'âge était supprimée dès 1901. Mais nous aurons l'occasion de faire comprendre, dans les chapitres suivants, que les indications psychiatriques du placement familial se doublent d'indications sociales, et que, suivant les milieux différents où la colonisation s'opère, ni les uns, ni les autres ne s'avèrent identiques. Le recrutement des sujets propres à bénéficier du placement familial constitue donc un problème préalable d'une importance qu'on ne saurait négliger.

En plein accord avec nos collègues des Hôpitaux psychiatriques, auprès desquels nous avons toujours rencontré l'accueil le plus bienveillant, les médecins des Colonies ont donc établi une méthode de collaboration qui s'est révélée favorable.

Ils demandent à leurs collègues d'établir la liste des malades de leur service qui leur paraissent susceptibles d'être placés, puis ils viennent examiner rapidement avec eux ces sujets ; parfois, en présence du médecin étranger, les malades présentent une réaction inattendue, parfois surprenante : quelques restes d'une excitation habituellement contenue, quelques propos menaçants en temps ordinaire refoulés, un refus de la demi-liberté qu'on vient leur offrir montrent parfois qu'il est préférable de surseoir, tout au moins, à l'expérience. Par contre, des sujets jusque-là

hésitants se décident, et nous avons remarqué plusieurs fois que des collègues, frappés par l'attitude de certains malades lors de notre visite, nous les proposaient, alors que le comportement de ces sujets ne les aurait pas désignés, les autres jours, pour jouir d'une liberté plus grande.

Ainsi les médecins des Colonies font-ils deux ou trois fois par an le tour des Hôpitaux psychiatriques de la Seine. Mais le département de la Seine, pour lutter contre l'encombrement, a dû depuis déjà bien longtemps (1844) confier les malades les moins visités à des asiles de province parfois fort éloignés. Les médecins des Colonies familiales visitent donc ces asiles, tous les deux, tous les quatre, tous les dix ans, suivant l'importance du contingent parisien, et ils rapportent de ces pèlerinages lointains, avec un lot d'agréables souvenirs, des listes de vieux chroniques calmés au cours des années, qui feront d'excellents pensionnaires pour les Colonies familiales.

Le rôle des infirmeries et le problème des réintégrations. — Le siège de la Colonie vaut avant tout par son infirmerie. Celle-ci remplit une triple fonction d'observation, de traitement et de refuge ; lors de l'arrivée des nouveaux malades — amenés par convois de dix à quinze — ceux-ci y restent pendant quelques jours, placés en observation, on les examine, tant au point de vue physique que mental, on constitue leurs dossiers administratifs et médicaux, cependant que le vestiaire prépare le trousseau qui les accompagnera chez les nourriciers. Certains malades présentent une désadaptation transitoire, d'autres, fatigués par le voyage, ont une exacerbation de leurs troubles. On étudie surtout avec soin leur faculté d'orientation en commençant par faire promener dans la cour de l'établissement ceux qui paraissent fixer avec difficulté les données spatiales. Puis, peu à peu, les entrants sont emmenés vers les places vacantes des nourriciers. De rares sujets, fatigués ou douteux, représentent seuls, à l'infirmerie lors de la « quinzaine », le nouveau contingent.

Le second rôle de l'infirmerie répond aux maladies intercurrentes et aux épisodes ou aux reviviscences de la psychose. Les affections les plus souvent traitées sont les bronchites chroniques, les vieilles cardiopathies et affections rénales, la grippe saisonnière, quelques broncho-pneumonies et congestions pulmonaires. La tuberculose est moins fréquente que dans les asiles, les diarrhées chroniques sont rares, les maladies contagieuses exceptionnelles. Dans l'ordre chirurgical, on est frappé par l'abondance des dystrophies du tissu conjonctivo-élastique : varices, hernies et leurs complications, entorses... On rencontre des

abcès, des pyodermites, quelques fractures, quelques cancers ; chez les femmes, des affections utéro-annexielles : salpingites, fibromes, ovarites scléro-kystiques. Les interventions chirurgicales, ainsi que les examens radiologiques sont pratiqués à la petite ville voisine de Saint-Amand-Montrond, grâce à la grande obligeance du D^r Boulay, qui accueille les malades des Colonies familiales dans son service hospitalier.

Quant aux incidents neuro-psychiatriques qui nécessitent le séjour aux infirmeries, ce sont les hémorragies et les ramollissements du cerveau, les crises trop rapprochées des épileptiques, les états d'excitation souvent réduits à des colères épisodiques, les accès confusionnels, les accès de dépression, les idées de suicide, la sitiophobie bien rare. Chez les hommes, il faut, hélas ! ajouter aussi l'ivresse...

Enfin, on a l'habitude d'héberger, de « prendre en subsistance », selon l'expression consacrée, les pensionnaires qui changent de placement, ou bien ceux dont les nourriciers s'absentent pour quelques jours.

Ajoutons enfin qu'à l'infirmerie est adjointe une Consultation médicale journalière, à laquelle se présentent les pensionnaires qui se sentent souffrants, c'est là qu'on effectue aussi les traitements périodiques, tels que les séries de cure antisyphilitique. Un laboratoire permet de faire à la Colonie même les examens courants.

Mais à côté de ce fonctionnement normal, — et très actif, — bien différent de celui d'un hôpital psychiatrique, les infirmeries souffrent de deux *causes d'encombrement* auxquelles il est souvent difficile d'apporter remède : il s'agit de l'hospitalisation des malades impotents et des sujets impropres, de par leurs troubles mentaux, au placement familial.

Les infirmeries des Colonies sont d'un effectif très limité : celle de Dun compte 100 lits ; plus de la moitié d'entre eux sont occupés par des femmes âgés, gâteuses ou grandes infirmes. L'infirmerie d'Ainay n'a que 30 lits dans un espace déjà trop restreint : elle est absolument hors de rapport avec les besoins de la Colonie, et allait être transformée lorsque la nouvelle guerre a éclaté. Les hommes ne présentent pas comme les femmes, une longue période d'impotence terminale. Ils succombent presque toujours à des affections brèves qui les emportent pour ainsi dire debout. Par contre ils se montrent plus souvent impropres au placement en raison d'excès de boisson ou de propensions à la violence. Il faut donc, d'un côté comme de l'autre, songer à des réintégrations en asile fermé.

Pour Dun, la solution du problème a toujours été délicate : les Hôpitaux psychiatriques de Bourges ou de la Charité-sur-Loire, les plus proches, n'ont pas toujours de places disponibles, et parfois on doit attendre un délai plus ou moins long.

A Ainay, par contre, s'est établie une collaboration suivie avec l'asile agricole de Chezal-Benoit (Cher) distant de 50 km., qui lui aussi dépend de la Préfecture de la Seine. Des médecins-directeurs compréhensifs de cet établissement, le D^r Briau, le regretté D^r Ad. Courtois ont inauguré avec nous-même une tradition à laquelle nos successeurs se montrent fidèles. L'Hôpital de Chezal-Benoit reçoit surtout des hommes aptes à accomplir, sur les terres de l'établissement, un travail agricole. Les indications de cette méthode ne sont pas les mêmes que celles du placement familial. Mais d'une catégorie à l'autre, les variations évolutives des psychoses permettent des échanges fructueux. Enfin, depuis 1934, l'Hôpital de Chezal-Benoit a été doté d'un beau pavillon sanatorial destiné aux tuberculeux pulmonaires des Asiles de la Seine. Nous avons pu y envoyer nos tuberculeux ouverts qui y sont traités dans d'excellentes conditions.

Les nourriciers et les placements. — Un règlement identique, dû au D^r Aug. Marie et perfectionné par ses successeurs, régit nourriciers et placements de Dun et d'Ainay. Ce règlement s'inspire souvent à la lettre de celui de Lierneux, mais sur bien des points, il lui est inférieur en ce qu'il demeure peu précis et qu'il ne s'appuie pas sur la contre-partie de moyens de contrôle effectifs et de sanctions pratiques.

Les nourriciers doivent être inscrits sur un registre ouvert à la Mairie de leur commune, et présenter des conditions de moralité suffisante. Il est regrettable qu'en France le contact avec les administrations municipales ne puisse pas, par la force des choses, être toujours aussi effectif qu'en Belgique. Nous avons appris avec plaisir que notre successeur, le D^r Sivadon, avait pu intéresser les Maires des communes en les faisant participer à des concours annuels entre les meilleurs nourriciers. Dans cette voie de collaboration plus complète avec les municipalités s'ouvre une perspective féconde.

La chambre destinée au malade doit être assez spacieuse, propre et bien aérée : on exige un cubage de 30 mètres par personne, ce qui est, en pratique, difficile à réaliser, tandis qu'on obtient facilement 25 mètres cubes. Les murs sont blanchis à la chaux, le sol est recouvert de carreaux ou d'un plancher en bon état. Le règlement (pas plus d'ailleurs que celui de Gheel) ne parle du chauffage, ce qui constitue une lacune : en réalité nous avons

réussi à faire installer dans toutes les chambres un dispositif de chauffage (poêle ou cheminée) dont nous contrôlions l'état chaque année en octobre, et nous avons exigé que les chambres soient chauffées au moins quelques heures par jour. L'éclairage est resté longtemps primitif, mais l'électricité se généralise dans les chambres des pensionnaires. Les cabinets situés à proximité de l'habitation, dans les jardins, sont souvent, eux aussi, bien primitifs, mais toutes les maisons en sont pourvues.

Le mobilier comprend un lit à sommier ou à pailleasse, un matelas ou lit de plume, un traversin, des draps, trois couvertures, une descente de lit, un pot à eau, une cuvette, deux sièges et un meuble pour ranger les vêtements. La Colonie fournit le trousseau, aux nourriciers incombent l'entretien et le blanchissage.

La nourriture doit être saine et abondante, comprendre chaque semaine un minimum de quatre kilogs de pain, un litre de vin, de la viande fraîche quatre jours dans la semaine pour un poids total de 1 kilog, des légumes, du lait, du beurre, etc. Les visiteurs de placement passent de temps en temps aux heures des repas, dont ils relèvent la composition. En général, on ne recueille que très peu de plaintes contre la nourriture, et encore celles-ci sont-elles souvent bien mal fondées. Les produits de la basse-cour, la volaille, le lapin, les œufs et les laitages, le porc, les légumes du jardin, les choux-raves, les pommes de terre y occupent une place importante.

Les nourriciers reçoivent une indemnité journalière dont le taux a varié corrélativement aux fluctuations économiques. C'est ainsi qu'en 1900, ils touchaient 1 fr. 10 pour un homme, 1 fr. pour une femme. En 1934, l'allocation atteignait 7 fr. 50 pour les hommes, 7 fr. pour les femmes. Elle est passée dans la suite à 10 fr. 50 pour les hommes, 10 fr. pour les femmes. Toujours l'administration attribue cinquante centimes de moins pour les femmes, estimant qu'elles mangent moins et qu'elles rendent plus de services dans les ménages. On n'a pas établi de différence suivant les capacités des malades : le médecin assortit un malade plus rémunérateur avec un autre moins valide ; on attribue pour les infirmes une petite prime supplémentaire. Ajoutons enfin que les malades ne sont pas obligés de travailler pour leurs nourriciers, ils disposent librement de leur travail ainsi que des rémunérations qu'ils en retirent. Le règlement ne fixe pas le nombre maximum de malades que peut recevoir un nourricier. Nous pensons qu'il ne devra pas dépasser deux malades, exceptionnellement trois. Mais au début on avait accordé jusqu'à cinq

pensionnaires, pour encourager des nourriciers méritants. Nous nous sommes attaché à ramener la majorité des placements au nombre type de deux pensionnaires.

La surveillance des placements, des nourriciers et des malades s'exerce grâce aux visites des médecins et des infirmiers visiteurs. Ceux-ci ont chacun leur territoire déterminé qu'ils parcourent en une semaine. A chaque passage, ils signent les *livrets* des nourriciers et résument dans le rapport journalier l'état des placements, les occupations et la santé des pensionnaires, le menu des repas, les réclamations diverses. Les médecins assistants font de leur côté des tournées de visites régulières, les médecins-chefs des visites inopinées, de façon à contrôler ce qu'on leur rapporte et à surveiller la santé physique et morale des pensionnaires qui, de cette façon, se sentent bien soutenus.

Des sanctions sont prises lorsque, malgré les remarques, la tenue ne s'est pas améliorée, lorsque la nourriture n'est pas satisfaisante, lorsque les malades sont maltraités : suppression de gratifications, retrait temporaire ou définitif des pensionnaires. Pratiquement, on n'a que rarement besoin de recourir à ces mesures : nous n'avons eu en cinq ans que trois placements à supprimer.

Les médecins des Colonies apprécient hautement l'appui qu'apportent, à leur autorité, les visites annuelles de la *Commission de surveillance* des Hôpitaux psychiatriques de la Seine. Le passage de cette Commission qui, chaque année, a lieu le jeudi de l'Ascension, est le prétexte souvent invoqué, pour hâter au cours du printemps, la remise en état des chambres, la réfection du mobilier, de la literie, l'agrandissement d'une fenêtre, la construction de nouveaux cabinets, etc... L'émulation des nourriciers se trouve stimulée par l'attente de cette visite, et nous sommes reconnaissants aux membres de la Commission qui, à la suite de M. le Sénateur Fleurot, de M. le Conseiller d'Etat Delaitre, montrent aux nourriciers par leurs appréciations — éloges ou critiques — qu'ils prennent un réel intérêt au bien-être des malades et par là, secondent nos efforts.

Régime légal des malades. — Nous ne manquerons pas d'insister sur ce fait capital que les malades des Colonies familiales *restent soumis à la loi de 1838* sur les aliénés. Dans les premières années, on avait songé à mettre les Colonies bien en marge de l'internement. Mais la loi de 1838 est un monument complexe, et l'une de ses parties les mieux conçues reste sans doute l'administration des biens des malades. Les affaiblis, les déments surtout que l'on choisissait au début de façon élective sont incapa-

bles de faire un acte civil et par suite de gérer leurs biens. Il en résultait de graves inconvénients et, par décision ministérielle du 28 février 1896, la Colonie était assimilée à un asile public, bien que la loi n'ait pas prévu l'existence de ce genre d'établissements.

Aug. Marie fut très bien inspiré en provoquant cette mesure. Car si les pensionnaires des Colonies ne constituent pas le « danger public » qui hante les légistes, ils n'en ont pas moins besoin de bénéficier des dispositions d'assistance et de protection que leur offre la loi. Il en résulte aussi d'autres avantages d'ordre économique et administratif. La réintégration en asile fermé des malades inaptes au placement n'offre ainsi aucune difficulté. De plus, les malades conservent tant qu'ils sont soumis à la loi de 1838, leur domicile de secours dans le département de la Seine : en l'absence de cette clause, les communes n'accepteraient pas de recevoir nos pensionnaires qui, au bout d'un an, leur tomberaient à charge soit comme malades, soit comme aliénés.

LA COLONIE DES FEMMES A DUN-SUR-AURON

Dun-sur-Auron est une curieuse petite ville de 4.000 habitants, située sur un plateau calcaire dénudé que borde l'Auron, doublé par le canal du Berry. Dun a conservé de nombreux souvenirs d'un passé riche d'histoire : un beau beffroi qui domine la ville, des restes de remparts, des maisons de la Renaissance dans des ruelles étroites et tortueuses : tout cela forme une atmosphère de poésie et de recueillement, le climat est très salubre ; la population calme, honnête, sobre, comprend de nombreux ouvriers agricoles qui possèdent ou qui louent une maisonnette au milieu d'un petit lopin de terre. Le sol aride, si différent de la plaine berrichonne toute proche, n'offre que des ressources économiques limitées. La rémunération ainsi que l'aide modeste des malades pouvaient être appréciées dans ce milieu, qui, en revanche, se révèle éminemment favorable pour eux.

Ouverte en 1892, la Colonie prospéra rapidement. L'effectif, fixé d'abord à 100 malades, atteignit 900 en 1903 ; il a dépassé 1.000 en 1913, s'est sensiblement maintenu pendant la guerre, grâce à l'activité du D^r Rodiet, puis s'est élevé dans ces dernières années sous la direction du D^r Pasturel, activement secondé par le D^r Chanès, au delà de 1.400. La population atteignait en 1931, 1.275 malades (20 hommes et 1.255 femmes). Au 31 décembre 1937, il y avait 1.428 malades présents. Le chiffre de 1.500 est dépassé à l'heure actuelle.

Dès 1895, furent installées des annexes dans les communes voisines de Dun ; elles se développèrent, avec des fortunes diverses, dans trois directions. A 3 km. au sud de Dun, l'annexe d'Ainay (1898) prit un rapide essor, au point de devenir une Colonie autonome (1900). A l'ouest, l'annexe de Levet (15 km. de Dun) fut vite florissante (91 pensionnaires en 1902), mais pour des raisons économiques locales, s'est réduite depuis la guerre de 1914 à 35 malades dans 15 placements (1937). Par contre, la colonisation s'est étendue à Dun même et sur le plateau qui s'étend à l'est de la ville : annexes de Nizerolles, à 3 km. (1895), de Cilly-les-Chemeaux, à 7 km. (1901), d'Osmery, à 9 km. (1902), d'Ourouër-les-Bourdelins, à 20 km. (1902), de Lantan, de Blet, de Chalivoy, à 14 km. (1921-1922).

Le personnel et les locaux se sont accrus parallèlement au nombre des malades. Au médecin-chef, directeur, est adjoint un autre médecin-chef qui partage avec lui le service des infirmeries et le contrôle des placements. Deux médecins assistants résident à Dun, et en dehors de leurs visites aux placements, s'occupent l'un de la pharmacie, l'autre du laboratoire. Un troisième médecin assistant, praticien du pays, dessert Ourouër-les-Bourdelins, gros centre de placement éloigné. Huit visiteurs de placement assurent les visites périodiques. Une petite infirmerie de 6 lits, avec salle de bain, existe à Levet et à Ourouër.

Le siège central de la Colonie, à Dun, a conservé son aspect extérieur rural d'autrefois. Au milieu du jardin potager ont été construites les infirmeries Deschamps et Rousselle, puis le pavillon Le Roux qui peuvent recevoir une centaine de malades. 20 infirmières, pour la plupart diplômées des Asiles de la Seine, en assurent le service. Une salle de réunion s'ouvre le dimanche pour les séances musicales ou cinématographiques, 16 malades s'occupent au jardin, à la buanderie, à la reliure ; 84 femmes travaillent au ménage, à la cuisine, à la lingerie, à la buanderie.

En 1937, les pensionnaires étaient réparties en 564 placements (dont 320 à Dun même). On comptait 45 placements à une seule pensionnaire, 85 à deux pensionnaires, 228 à trois pensionnaires, 6 seulement à quatre pensionnaires.

Le budget de la Colonie, pour 1932, s'équilibrait à 4.193.419 francs dont 2.565.660 francs sont destinés à payer les allocations aux nourriciers. Le prix de journée était de 10 fr. 18 en 1934.

LA COLONIE DES HOMMES A AINAY-LE-CHATEAU

Annexe éloignée de Dun, lors de sa fondation en 1898, la Colonie d'Ainay est devenue autonome en 1900, sous la direction du

D' Lwoff. Elle s'est vite développée dans un territoire étroit et inextensible borné au nord, par la limite administrative du Cher ; à l'ouest, par le Cher, rivière ; à l'est, par la commune de Lurcy-Lévy, qui était le siège d'un autre établissement de la Seine ; au sud, enfin, par la magnifique forêt de Tronçais, l'une des plus belles chênaies de France, qui de Lurcy-Lévy à Urçay, d'Ainay à Cérilly, la « petite ville » de Charles-Louis Philippe, s'étend sur 18 km. de longueur et 8 km. de profondeur. Ses magnifiques frondaisons se reflètent dans les eaux calmes de beaux étangs, Tronçais, avec ses forges, Saint-Bonnet et sa plage, Piraud, voisin des Chamignoux, Saloup, le plus sauvage, d'autres encore. Ch.-L. Philippe, Jean Giraudoux, Jacques Chevalier y ont trouvé l'inspiration littéraire ou philosophique à l'ombre de chênes plusieurs fois séculaires, dont Paul Devaux a gravé les majestueuses silhouettes. La forêt de Tronçais sépare du reste du département de l'Allier la région d'Ainay-le-Château. Celle-ci, vallonnée, boisée, parsemée d'étangs, pays de petite culture, isolée des centres (gare du chemin de fer économique à 3 km., à Laugère), a été tout au long de l'histoire disputée entre le Berry et le Bourbonnais.

Ainay en est la capitale bien réduite, malgré ses restes d'enceinte fortifiée, ses tours, sa curieuse porte de l'Horloge, son église qui remonte au XI^e siècle. Bien situé au-dessus de la vallée de la Sologne, le bourg compte 1.800 habitants. La création de la Colonie a donné un renouveau d'activité au commerce. La population, douce et polie, traite les malades avec égards et supporte avec patience les petits inconvénients qui résultent de leur séjour.

La Colonie s'étend sur les communes d'Ainay, de Saint-Bonnet-Tronçais et de Braize au sud-ouest, de Valigny et d'Isle-et-Bar-dais à l'est. Quelques placements se trouvent sur le territoire de Charenton (Cher), à proximité d'Ainay. Mais, depuis 1935 et 1937, deux nouvelles communes ont accepté de recevoir des malades : celle de Vernais (Cher) au nord d'Ainay, puis à l'extrémité orientale de la forêt de Tronçais, celle de Couleuvre, qui paraît offrir un vaste champ d'expansion.

Les placements sont bien plus disséminés qu'à Dun, souvent très éloignés dans la campagne, au fond des chemins mal entretenus, peu praticables en hiver et par temps de pluie.

Le nombre moyen des pensionnaires (39 en 1900) s'est accru très vite jusqu'en 1912, où il atteignait un maximum : 484. Depuis lors, la guerre a fait sentir son action bien plus profondément qu'à Dun (317 en 1923). Le recrutement est longtemps

demeuré faible. A l'heure actuelle, la Colonie est en plein développement ; sous notre direction elle a dépassé dès 1934 son maximum atteint vingt-deux ans auparavant, et en 1936, elle comptait plus de 600 malades. En 1939, sous la direction de notre successeur, le D^r Sivadon, elle atteignait au 31 décembre, presque 800 malades.

Le centre de la Colonie est établi depuis 1901, dans une ancienne porcelainerie dont les bâtiments avaient été aménagés avec goût par le D^r Lwoff et complétés de quelques constructions. Mais l'infirmierie ne comprenait que 30 lits, avec quatre infirmiers, chiffres absolument hors de rapport avec le développement intense et continu de ces dernières années. Aussi avons-nous multiplié les efforts pour obtenir la construction d'une infirmierie nouvelle répondant aux besoins de l'établissement. Le nouveau pavillon, conçu d'après nos indications par MM. Midy et Vinadelle, architectes, comporte une soixantaine de lits, une salle de pansements, une salle de bains, des salles d'alitement et des chambres d'isolement, et dans le sous-sol une cuisine et la chaufferie. Il s'élèvera sur un terrain bien exposé qui domine la Colonie actuelle et répondra à toutes les exigences d'une construction hospitalière moderne.

L'édification de l'infirmierie s'accompagnera d'une réfection des anciens services. Une chaufferie distribuera le chauffage central dans les anciens bâtiments et desservira les bains. Une nouvelle buanderie sera installée ; les ateliers de couture et le vestiaire disposeront de l'espace indispensable. L'ensemble de ce programme était en voie de réalisation lorsque la nouvelle guerre est venue en retarder encore une fois l'achèvement.

Une salle de réunion de jolies proportions reste ouverte toute la journée, et bien des malades viennent y passer quelques heures. Le D^r Pochon, directeur de 1910 à 1914, qui a tant fait pour l'amélioration des placements, avait insisté sur les inconvénients de cette habitude qui éloigne les malades du milieu familial dans lequel on veut les faire évoluer. Pourtant la salle de réunion paraît indispensable dans une agglomération d'hommes. Les hommes normaux vivent bien plus au dehors que les femmes : ils aiment à se réunir entre eux pour bavarder, pour fumer à leur aise, pour jouer. Nous n'avons aucun intérêt à pousser ces malades vers les cafés, — ils s'y rendent assez d'eux-mêmes — ni à les voir stationner sur les places publiques. La grande salle d'Ainay a reçu une destination nouvelle avec l'installation du cinéma Pathé-Rural, qui donne des séances mensuelles. C'est là aussi que le petit groupe musical de la Colonie donne ses concerts régulièrement suivis.

Un médecin-assistant partage à Ainay la tâche du médecin-directeur. Un médecin-praticien local assure le service du secteur de Couleuvre et de Valigny. Cinq visiteurs se partagent le territoire de la Colonie. A Saint-Bonnet-Tronçais existe une infirmerie avec salle de réunion. A Valigny, nous avons créé une petite annexe, à la résidence du visiteur ; elle rend de grands services. Il sera sans doute nécessaire d'en créer une autre à Couleuvre, et de joindre à ces trois formations des salles de bain qui évitent aux pensionnaires les trop longs voyages au centre.

Au 31 décembre 1937, 692 pensionnaires se trouvaient répartis chez 388 nourriciers. On comptait 106 placements à un seul pensionnaire, 278 à deux pensionnaires, 4 seulement à trois pensionnaires, il n'y a plus de placements à quatre pensionnaires.

Le prix de revient, pendant la durée de notre gestion, était passé, en dépit de nombreuses améliorations matérielles, de 11 fr. 81 en 1931 à 9 fr. 60 en 1935. Il est bien évident que les changements intervenus depuis lors dans les conditions économiques de la vie ne pouvaient permettre le maintien de pareils tarifs. Il n'en est pas moins vrai que le placement familial dans les circonstances actuelles revient encore bien moins cher au département de la Seine que l'assistance dans les Hôpitaux psychiatriques.

Placement familial périhospitalier

La formule du placement familial périhospitalier certainement a inspiré le plus grand nombre de tentatives. Elle présente de nombreux avantages lorsque l'Hôpital psychiatrique est situé dans une région rurale, à une certaine distance des villes, et que la population se montre capable d'intérêt pour les malades mentaux. D'ailleurs, lorsque l'établissement est de moyenne importance, les pensionnaires peuvent être assez dispersés sur le territoire de plusieurs communes et ne plus former d'agglomérations de malades comme il se produit dans les Colonies familiales. La physionomie du pays ne s'en trouve pas modifiée, les sujets placés passent inaperçus. Souvent d'ailleurs, les premiers nourriciers choisis sont alors des infirmiers, d'anciens infirmiers retraités ou des parents d'infirmiers, ce qui assure d'emblée un milieu à la fois compréhensif et intéressé au succès de la tentative.

Le médecin continue de suivre son malade dans le nouveau milieu où il l'a placé. Le malade de son côté n'a pas à prendre

contact avec un autre service médical : tout facteur de dépaysement est à éviter chez les malades mentaux, surtout au moment où on les place dans des circonstances nouvelles qui soumettent, somme toute, à une dure épreuve leur capacité sociale.

A l'unité de la thérapeutique se joint la faculté, sans démarches et sans aléas, de réintégrer le malade en service fermé si la nécessité s'en fait sentir.

PLACEMENT PÉRIHOSPITALIER ET ERGOTHÉRAPIE EN ITALIE

La loi italienne sur les aliénés du 14 février 1904 prévoit dans son article premier que le directeur d'un Asile peut, sous sa responsabilité, autoriser le traitement d'un aliéné dans une maison privée, mais qu'il doit le notifier immédiatement au Procureur du Roi et à l'autorité de sécurité publique.

Dans le *règlement* du 16 août 1909, nous trouvons les dispositions générales qui régissent la pratique du placement. Colonie agricole et Colonie familiale font partie intégrante de l'asile dont elles dépendent. Une Colonie familiale ou agricole autonome serait considérée comme un asile (art. 1^{er}). Chaque placement ne peut recevoir qu'un ou deux aliénés (art. 3). Les conditions exigées du candidat nourricier présentent deux points particuliers : son domicile doit être éloigné du centre et posséder autant que possible une surface assez grande de terrain contigu, pour que l'aliéné puisse se livrer à un travail de préférence agricole. Le candidat nourricier doit de plus indiquer sa situation de famille, pour que l'on sache si le malade peut y recevoir les soins nécessaires et si par ailleurs sa présence ne peut y présenter de danger (art. 14).

La demande est adressée au Préfet qui en avertit le Procureur du siège (art. 15).

Le règlement prévoit enfin (art. 16) l'organisation de cours théoriques et pratiques à l'intention des futurs nourriciers. Ceux qui satisfont à l'examen terminal reçoivent des pensionnaires de préférence aux autres candidats. Les placements familiaux sont inspectés une fois par an, par un membre de la Commission de surveillance (art. 85) indépendamment des inspections extraordinaires ainsi qu'il en est également pour les Asiles.

L'intéressant rapport du Prof. Giuseppe Corberi à la Réunion d'Hygiène mentale de Bruxelles (1935) a apporté bien des détails caractéristiques de l'œuvre italienne. Dès le début, on a placé surtout des chroniques inoffensifs, capables de quelque travail agricole, dans des familles de paysans, plus rarement d'artisans, apparentés souvent à des infirmiers.

L'assistance hétérofamiliale a conservé depuis lors son caractère de travail agricole, et même le Prof. Arnaldo Pieraccini, de Arezzo, a trouvé un débouché inattendu à l'activité des malades placés dans leur propre famille ou dans des familles étrangères, non loin de l'institution : chaque jour ils viennent à l'asile pour y participer au travail agricole, ce qui permet de suivre de plus près un certain nombre d'alcooliques...

Il est certain que le système périhospitalier pratiqué en Italie est orienté vers la rééducation par le travail, vers l'ergothérapie plutôt que vers la psychothérapie sociale telle que la concevaient les promoteurs du placement familial : il en découle une limitation du nombre des bénéficiaires (de 1,5 à 4 % environ du total des malades) et aussi de la part de ceux-ci une désaffection pour une méthode qui ne leur apporte, de la liberté, qu'une image trop restreinte : ainsi s'explique-t-on qu'à la vie rurale, dont ils ne goûtaient plus que les inconvénients, auprès de nourriciers trop frustes, les malades de Volterra aient préféré l'existence réglée, bien plus automatique d'un « manicomie » moderne, confortable à tous égards. Voilà bien l'un des écueils du placement périhospitalier.

LE PLACEMENT PÉRIHOSPITALIER EN SUÈDE

M. le Conseiller médical Peder Björck a bien voulu nous communiquer les dispositions (art. 88 à 92) de l'ordonnance du 19 septembre 1929 sur les aliénés qui règlent le placement familial autour des Asiles suédois. Les malades sont toujours considérés comme internés, et peuvent ainsi être réintégrés sans formalités. « L'assistance hétérofamiliale contrôlée » est réservée aux malades tranquilles et propres que l'on juge pouvoir vivre au dehors de l'asile sans danger pour la sécurité publique ni pour leur propre vie.

Le médecin-chef, ou l'un des assistants de l'asile, est désigné pour assurer le service du placement. Seul il prend la décision d'accepter les malades à placer ou de les réintégrer.

Les nourriciers sont choisis parmi les habitants dont le prêtre, le président du Conseil municipal ou une autre personne digne de foi attestent la capacité de soigner les aliénés. Le médecin de l'assistance familiale juge du local, fixe l'indemnité pour les soins à donner, et la direction de l'asile passe le contrat avec le nourricier.

Le médecin visite les malades une fois par mois, et l'infirmier spécialisé dans ce service, toutes les semaines.

Il s'agit ici, on le voit, d'une organisation très libérale, qui laisse toute latitude au médecin pour individualiser le traitement dans le sens de la psychothérapie spontanée.

Le placement familial disséminé

SYSTÈME ÉCOSAIS

Le placement familial en Ecosse procède d'un point de vue tout à fait original, tant par son but que par ses moyens. Les malades se trouvent disséminés sur toute l'étendue de l'Ecosse, il y en a dans tous les villages et dans aucun n'est dépassé le chiffre de trente, qui semble un maximum pour éviter tout inconvenient. Il n'y a donc nulle part d'infirmierie spéciale, ni de visiteurs spécialisés. L'institution était intimement liée, jusqu'à ces dernières années, à « l'inspection des pauvres », elle s'adresse donc avant tout aux indigents. C'est l'inspecteur des pauvres qui prenait l'initiative du placement, qui surveillait les placements, c'est lui que le nourricier allait trouver lors d'une maladie ou d'un accident, et qui prenait les mesures nécessaires. C'est encore lui qui exerçait la fonction de tuteur du malade assimilé à un mineur de par sa situation. *Le Local government board*, qui assure l'exécution de la loi sur les pauvres, est le véritable organisateur du service.

Le contact avec les médecins spécialistes n'existe que par le contrôle, très effectif à vrai dire, d'inspections semestrielles faites par le commissaire, médecin aliéniste, délégué du *General board of lunacy*. Les rapports et les communications scientifiques des « Comissionners of lunacy » sont les sources auxquelles nous puisons les renseignements sur ce service. Le D^r Donald Ross, de Lochgilphead, a bien voulu nous envoyer ceux de l'année 1934. Mais trop rares sont les psychiatres français qui ont accompli le pèlerinage d'Ecosse : Morel en 1859 y étudia le no-restraint. A. Foville, en 1881, alla en Angleterre et en Ecosse puiser les éléments d'un rapport qui devait prélude à une révision de la loi de 1838. Aug. Marie, en 1892, Toulouse en 1898, envoyés en mission par le département de Seine, visitèrent les placements écossais. Mlle Derombies, lors de son récent voyage en Angleterre et en Ecosse, en 1936, poursuivait un but bien défini, l'étude du régime des aliénés criminels et délinquants, elle ne rapporte pas d'impressions sur le placement familial.

Le placement n'est ici que le moins *hétéro-familial* possible. Des malades restent dans leur propre famille, sous le contrôle

du General board of lunacy. D'autres sont confiés à des parents ou à des amis. En cas d'impossibilité, ils sont placés dans des familles étrangères.

On accède au placement soit à la sortie de l'asile, soit directement, lorsque les autorités paroissiales ne jugent pas nécessaire le traitement à l'asile, conformément aux certificats établis par deux praticiens locaux. Les certificats qu'accompagne un rapport de l'inspecteur des pauvres sont transmis au General Board of lunacy : c'est à lui qu'appartient la décision définitive ; c'est lui aussi qui statue sur les réintégrations dans les asiles.

Le médecin du pays, en dehors des cas d'urgence, visite une fois par an chaque pensionnaire, et l'inspecteur des pauvres le visite deux fois. Ils consignent leurs observations sur un livret que l'on remet au Commissioner in lunacy lors de ses visites semestrielles : celui-ci établit alors, sur chaque malade et sur les soins qui lui sont donnés, un rapport détaillé, destiné au General Board : l'autorité de cet organisme de contrôle est grande, car il ne verse la contribution de l'Etat aux conseils de paroisse que si le malade est convenablement soigné.

Chaque placement reçoit au plus quatre pensionnaires. Certaines dispositions du règlement reflètent des préoccupations locales : en ce pays où la pluie est si fréquente et si tenace, il est spécifié que la chambre ne doit pas être humide ; chaque malade doit avoir des vêtements de rechange. Nourriciers et malades doivent prendre le même repas à la même table ; le travail est au profit du gardien, mais il n'est pas obligatoire. Enfin les malades doivent être encouragés à assister au service divin.

2.700 figuraient, le 1^{er} janvier 1896, sur les registres du General Board, au titre des Private dwellings. Au 1^{er} janvier 1935, on en comptait 2.710 dont 1.311 aliénés sur un total de 19.685, et 1.399 arriérés sur 4.275, soit 1/3 des arriérés et 1/5 des aliénés écossais.

Au point de vue économique, Sutherland en 1900 soulignait comme les autres auteurs la grosse économie de l'assistance familiale : tandis que le prix de revient à l'asile s'élevait à 17 fr. par semaine, celui de l'assistance familiale n'en atteignait que la moitié, soit 8 fr. 50, pour la même durée.

Certes, à côté des indigents, il existe aussi en Ecosse des pensionnaires payants, mais ils ne représentent qu'une infime minorité. Sur 1.311 aliénés placés, il n'y avait au 1^{er} janvier 1935, contre 1.249 pauvres que 62 payants : 24 de ces derniers

étaient placés dans des maisons ayant l'autorisation de recevoir quatre pensionnaires, les autres dans des maisons n'en recevant qu'un seul.

Le mouvement dans l'année 1934 comportait 49 entrées, 8 sorties par guérison, 5 sorties de malades retirés par des amis, 49 réintégrations en asile, 28 décès, soit une mortalité de 2,2 % seulement.

Toulouse avait rapporté de sa visite au village de Balfrom, près de Stirling, une impression de pauvreté et de tristesse qu'accroissait une pluie torrentielle le jour où il s'y rendit. Le D^r Fraser, Commissionner in lunacy, ne parvenait pas à le convaincre de la supériorité de cette forme de cure libre, et Toulouse pensa même ce jour-là que parmi les malades écossais sortis « des palais des grands asiles » « quelques-uns devaient bien avoir le regret du paradis perdu »...

Dans son rapport de 1935, le D^r Kate Fraser, Commissionner in lunacy depuis 20 ans, passe en revue toutes les modifications qu'elle a vu se réaliser dans le service.

Elles sont fondamentales. La promulgation du *Local Government Act* a substitué à l'action directe de l'Inspecteur des pauvres (comparable à nos Inspecteurs des Enfants assistés) le contrôle d'un organisme centralisé avec des Inspecteurs de district dont la circonscription est beaucoup plus étendue. Parallèlement une action plus grande est dévolue au service médical, assuré par le praticien du pays, ou par un service centralisé. Le système comporte des avantages et des inconvénients. Le D^r Kate Fraser regrette les vieux Inspecteurs des pauvres qui connaissaient à fond le paysan et ses habitudes, qui n'hésitaient pas à consacrer de longues heures à leurs entretiens avec les maîtres d'écoles, les artisans, les fermiers, qui apportaient une collaboration si courtoise et dévouée au Commissaire du Bureau général, et qui, en un mot, avaient à cœur l'intérêt porté à leurs malades.

Par contre, l'extension de l'action médicale a amélioré la répartition des sujets dans des placements qui leur conviennent mieux, surtout dans le cas des grandes villes, Glasgow, Edimbourg, Aberdeen, Dundee, qui ont recours aux praticiens locaux.

De même, des modifications sont survenues, dans la nomenclature, si bien qu'il y a maintenant beaucoup plus d'arriérés que d'aliénés, beaucoup plus de malades sont placés en vertu du Mental Deficiency Act, tandis qu'autrefois ils l'étaient tous au nom des Lunacy Acts. Parmi les arriérés, le D^r Kate Fraser constate que les meilleurs sujets pour le placement familial sont

ceux qui ont bénéficié avant leur placement de l'éducation dans les écoles spéciales de perfectionnement.

Enfin le type même des nourriciers (*guardians*) a bien changé en 20 ans, avec les conditions économiques et aussi avec le type des malades confiés à leurs soins. On peut dire que le vieux modèle du gardien d'avant 1914 a rapidement disparu.

On peut donc constater que les placements familiaux d'Ecosse, suivant en cela, bien qu'avec un décalage encore appréciable, la tendance générale à la réglementation centralisée qui pénètre de plus en plus la vie quotidienne de tous, perdent quelque peu de ce libéralisme sans doute primitif qui surprenait les visiteurs étrangers, pour accomplir des progrès vers une surveillance médicale plus agissante des pensionnaires.

Formules mixtes

Les formules typiques que nous venons de décrire — colonies familiales, placement disséminé, placement périhospitalier — ont été diversement imitées et adaptées aux nécessités de chaque région. Nous aurons à insister plus loin sur les conditions ethnographiques, économiques, géographiques même qui entraient en ligne de compte. Il en résulte autant de modalités d'application que de réalisations viables. Nous nous en tiendrons ici à deux types mixtes sur lesquels nous possédons les renseignements qu'ont bien voulu nous donner MM. Ch. Massaut, M. Cahane, Bersot et le P^r H. W. Maier.

HÔPITAL-COLONIE CONJUGUÉS

Tel est en Belgique le cas de Lierneux et en Roumanie celui de Dicio San Martin. Ils résultent des difficultés inhérentes au recrutement des malades lorsqu'une colonie assez importante et autonome ne s'appuie pas d'une façon suivie sur un asile fermé voisin, ou si celui-ci n'est pas assuré lui-même d'un recrutement régulier. Ou bien la Colonie subit de grosses variations numériques, ou bien elle est obligée d'accepter des malades qui déroutent ou lassent les nourriciers, ou bien encore son infirmerie encombrée de sujets indésirables, lorsque l'asile d'origine n'est plus en mesure de les prendre. Il devient alors inévitable de construire, au centre de la Colonie, un asile plus ou moins important pour répondre à ce besoin, et par le fait des choses, cet asile devient un hôpital complet susceptible de recevoir des malades aigus.

La Colonie de Lierneux avait été fondée en 1884 dans le but de recevoir les malades wallons aptes à l'assistance familiale. Située à une cinquantaine de kilomètres de Liège et de Verviers, la commune de Lierneux avait été choisie en raison de sa vaste superficie (6.000 hectares), de sa distance des grands centres, de son caractère tout à fait rural. La population se répartit en 14 hameaux.

Une infirmerie avait été construite pour permettre l'examen des entrants, pour recevoir les pensionnaires atteints de maladies incidentes et pour recueillir les sujets qui se révèlent impropres au placement familial.

Mais dès 1907, époque où la Colonie se développait avec rapidité, l'infirmerie se révélait tout à fait insuffisante. Suivant les remarques du D^r J. Massaut, qui a succédé au fondateur de la Colonie, le D^r Duperron, et que son fils, le D^r Ch. Massaut vient de remplacer à son tour, en 1935, la répartition des aliénés en Belgique se faisait, il y a quelques années encore, d'une façon peu logique. De nombreux malades susceptibles de bénéficier du placement familial sont mis par les administrations communales dans des asiles fermés, d'où on ne les transfère que rarement en Colonie, tandis qu'au contraire on amène souvent à la Colonie directement, des sujets inaptes à l'assistance familiale. Ainsi fut décidée l'édification d'un bel ensemble hospitalier de style local moderne dont le fonctionnement ne date que de 1925. Il comporte un service d'hommes et un service de femmes ayant chacun pavillon d'observation, pavillon de tranquilles, infirmerie ; puis un lazaret, une salle d'opération, un laboratoire, une ferme, des ateliers. Le tout constitue un organisme très complet répondant à la triple formule de l'hôpital psychiatrique, de la colonie agricole et de la colonie familiale et qui connaît maintenant une destinée prospère et sûre. Le 31 décembre 1934 la population totale s'élevait à 625 malades (331 hommes, 294 femmes) dont environ la moitié se trouve en placement familial.

Le recrutement des nourriciers, la surveillance des placements s'exercent dans les mêmes conditions qu'à Gheel. Mais ici tous les nourriciers appartiennent à la classe populaire, et les malades sont pour ainsi dire tous d'origine belge et même surtout de la province de Liège. Un petit nombre provient d'asiles fermés. La plupart sont amenés directement à Lierneux par leur famille ou bien s'y présentent eux-mêmes pour être traités. Au 31 décembre 1934, 582 malades étaient indigents, 43 seulement acquittaient les frais de séjour. La Colonie de Lierneux présente donc par son recrutement un caractère tout à fait régional qui rehausse

le grand intérêt de sa formule d'établissement autonome et complet.



La même formule, dans des circonstances différentes, se trouve réalisée, depuis 1908, au cœur de la Transylvanie, à Dicio San Martin, à cent kilomètres environ au nord de Sibiu. Le besoin était urgent de décongestionner les asiles hongrois, par la colonisation des chroniques. Dès 1908, 700 malades se trouvaient à Dicio San Martin. Mais l'administration comprit la nécessité d'en hospitaliser un certain nombre, et l'on édifia un asile, une « centrale » capable de recevoir 350 malades. Ainsi se constitua un centre psychiatrique susceptible d'accueillir aussi des malades aigus, et qui en pratique fait fonction d'hôpital psychiatrique régional.

Depuis 1930, sous la direction de Mares Cahane, la Colonie a repris un nouvel essor. Le 18 octobre 1935 il y avait 214 malades à la centrale et 423 dans les familles de dix villages environnants. Ils y jouissent d'une grande liberté, et s'y conduisent avec politesse. Un surveillant visite les malades toutes les semaines, et le médecin effectue des inspections de contrôle.

M. Cahane insiste sur l'économie réalisée par le placement familial. Le prix de la journée à la Centrale (17 lei) dépasse de 7 lei le prix de journée du malade en placement (10 lei).

Ainsi Dicio San Martin, tout en participant activement par son placement de chroniques au désencombrement des asiles roumains, remplit-il de plus le rôle d'un établissement régional complet. Il juxtapose plus qu'il ne fusionne une colonie familiale avec un service d'aigus, aux attributions en grandes parties distinctes.

LE PLACEMENT FAMILIAL

DANS LE CADRE DE L'ASSISTANCE AUX PSYCHOPATHES EN LIBERTÉ

Les cantons suisses ont réalisé autour de leurs asiles un mode d'assistance aux psychopathes très souple, qui repose sur un principe tout différent. Le placement familial n'est plus qu'un élément et qu'une étape d'une gamme de méthodes composant par leur ensemble l'assistance aux psychopathes en liberté (en langue allemande : offene Fürsorge). Son maximum de développement se trouve réalisé sans doute par l'Inspectorat des aliénés du canton de Zurich, rattaché à l'asile du Burghölzli.

Certains malades qui bénéficiaient heureusement de sorties

précoces ne sont cependant pas en état de recouvrer une liberté complète. De petites institutions privées, disposant de jardins et de travail agricole, constituent pour eux des stations intermédiaires (Kläsi), ces maisons groupent en général une douzaine de pensionnaires. L'une d'entre elles, que cite Bersot, la Colonie Anna Müller qui dépend de l'asile de la Waldau (Berne) en groupe une trentaine ; cette pratique évite bien des réintégrations ultérieures.

Le placement familial proprement dit de schizophrènes et d'oligophrènes chez les paysans dépend d'un bureau spécial comprenant un médecin et deux assistantes sociales. Le médecin décide de l'admission des malades qui ne sont pas forcément passés par l'asile et peuvent être admis directement en placement familial. En 1936, il y avait pour le canton de Zurich environ 300 pensionnaires de ce genre pour lesquels les nourriciers recevaient de 1 à 3 francs (suisses) par jour. Certains autres, par contre, sont économiquement indépendants et gagnent leur vie, il y en a même, dit Bersot, qui envoient une partie de leur gain à leur famille. D'autres sujets rentrés chez eux demeurent sous la surveillance de l'Inspectorat, de même que quelques dizaines de malades qui sont confiés à sa surveillance par la direction de la Justice du canton de Zurich.

Une organisation analogue existe à Berne et à Bâle, où en 1936, une cinquantaine de malades, hébergés moyennant 2,20 par jour, sont visités périodiquement par un médecin de l'asile et deux assistantes sociales.

Dans tous les cantons qui pratiquent le placement familial, un règlement fixe les conditions que doivent remplir les nourriciers.

Le règlement des asiles de Wil et Saint-Pirminsberg, que nous avons entre les mains, contient à cet égard des précisions utiles : un contrat doit être établi pour chaque pensionnaire. Ceux-ci doivent être traités avec calme et douceur, et leurs occupations doivent être en rapport avec leurs capacités et leurs forces. Le repos nocturne doit être au moins de 8 heures, et le repos après le repas est prévu. Le changement de linge est déterminé. En cas de maladie intercurrente, le nourricier doit appeler un médecin praticien du pays, c'est lui qui se met en relation avec la direction de l'asile, pour envisager les mesures à prendre.

(à suivre).

SYNDROME PROTUBÉRANTIEL ATYPIQUE AVEC ANOSMIE

PAR

EUZIÈRE, E. FASSIO et R. LAFON

Si l'extrême variété clinique des syndromes protubérantiels est une notion actuellement connue de tous, il faut aussi mettre en avant le polymorphisme des symptômes observés. Certains semblent s'écarter des notions classiquement admises. Leur fondement repose cependant à l'heure actuelle sur des documents anatomiques certains. L'observation suivante va nous permettre de rappeler la variabilité des syndromes protubérantiels et la particularité de certains de leurs signes cliniques.

OBSERVATION. — B... Jacques, âgé de 42 ans.

B... Jacques, âgé de 42 ans, éprouve en 1925 des arthralgies et des myalgies aux membres inférieurs et supérieurs, accompagnées d'un cortège fébrile ($37^{\circ}8$ à 38°) avec constipation. On porte alors le diagnostic de fièvre de Malte, bien que le séro-diagnostic n'ait pas été pratiqué.

Cette affection dure 9 mois environ. Les symptômes s'atténuent au bout de ce laps de temps et permettent au malade de reprendre ses occupations jusqu'en 1933. A cette époque le malade éprouve pour la première fois de la faiblesse des membres inférieurs, qui gêne la marche, et des fléchissements des jambes suivis de chute.

Actuellement, les manifestations subjectives sont caractérisées par :

une impotence relative des membres inférieurs prédominant à droite ;

des dérobements des jambes survenant pendant la marche allant parfois jusqu'à la chute, d'où la présence d'ecchymoses à la face antérieure des deux tibias ;

la disparition de la sensibilité thermique au membre inférieur droit ;

des céphalées sus-orbitaires sans caractère particulier ;

une diminution importante de l'odorat, le malade ne percevant que les odeurs fortes ;

l'abolition presque complète du goût (la distinction entre le salé et le sucré ne peut pas être faite par B...).

Enfin, signalons pour mémoire une otorrhée importante de l'oreille gauche, antérieure à la maladie actuelle et s'accompagnant d'hypoacousie devenue plus manifeste depuis 1925.

Antécédents : blessure de guerre au bras gauche avec section du nerf radial qui, malgré la suture réalisée, a laissé une paralysie de ce nerf.

Père de deux enfants en bonne santé.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

EXAMEN CLINIQUE

Nous allons étudier les manifestations objectives en explorant successivement les territoires et les fonctions de chaque nerf crânien et de chaque segment de chaque partie du corps.

I^{re} paire : olfaction : anosmie bilatérale.

II^e paire : V.O.D. = 0,4 ; V.O.G. = 0,2. O.D.G. : hypermétropie, non améliorable. F.O.D.G. : aspect normal.

III^e paire, IV^e paire et VI^e paire : pas de paralysie oculaire, pas de nystagmus.

V^e paire : branche motrice : pas de paralysie. Branche sensitive : hypoesthésie à la température et à la douleur dans le territoire des trois branches du trijumeau droit ; hypoesthésie tactile dans le territoire de la branche ophtalmique du même côté. Signalons ici que les troubles sensitifs du membre inférieur droit, que nous analyserons tout à l'heure, présentèrent la même évolution : d'abord disparition de la sensibilité thermique, puis défaut de localisation des impressions tactiles ; enfin disparition du tact.

VII^e paire : pas de paralysie faciale.

VII^e bis : agueusie.

VIII^e paire : oreille gauche : surdité de type oreille moyenne ; en relation avec une otite gauche ancienne, avec processus de sclérose par obstruction nasale.

IX^e paire : agueusie partielle ; le malade ne reconnaît pas le goût de la quinine qu'il trouve à peine amer ; ne reconnaît pas du tout le goût du sucre.

X^e, XI^e et XIII^e paires : normales.

Membres supérieurs. — A gauche : paralysie radiale, par blessure du nerf dans la gouttière de torsion de l'humérus. Légère amyotrophie de l'avant-bras gauche. Les réflexes des membres supérieurs sont normaux, exception faite du réflexe tricipital gauche qui est aboli. Pas de trouble de la sensibilité objective, pas de dysmétrie, pas d'adiodocoeinésie.

Tronc. — Réflexes crémasteriens : droit : aboli ; gauche : normal.

Cutanés abdominaux : supérieurs et inférieurs abolis.

Sensibilité : anesthésie complète à tous les modes (tact, température, douleur, sensibilité profonde) intéressant l'hémi-tronc droit, la moitié droite des bourses et de la verge. Cette anesthésie s'arrête en dedans, exactement à la ligne médiane, aussi bien à la face antérieure qu'à la région dorsale. En hauteur, elle s'élève jusqu'à une ligne horizontale passant en avant par le mamelon, en arrière par la pointe de l'omoplate.

Membres inférieurs. — Démarche : léger steppage prédominant à droite.

Force segmentaire : diminuée des deux côtés avec cependant prédominance nette du côté droit.

Réflexes tendineux, rotuliens : gauche, vif, polycinétique ; droit, vif ; achilléens : gauche, vif, polycinétique ; droit, vif.

Clonus du pied : inépuisable à gauche ; quelques secousses cloniques à droite.

Petit clonus de la rotule à gauche ; quelques secousses à droite.

Pas de Mendel ; pas de Rossolimo.

Cutanés plantaires : gauche aboli ; droit en flexion.

Trophicité	Gauche	Droit
A 5 cm. au-dessus de la rotule	40,5	40,5
A 15 cm.	50	50
Mollet	35	34,5

Sensibilité objective : anesthésie complète à tous les modes (sensibilité sup. et prof.), étendue à tout le membre inférieur droit. A gauche, il n'existe pas de troubles sensitifs.

Autres appareils : cœur, appareil respiratoire, appareil digestif : normaux.

EXAMENS DE LABORATOIRE

Liquide céphalo-rachidien : tension au Claude : 30 en position couchée. Bordet-Wassermann négatif. Albumine : 0 gr. 50 par litre ; chlorures : 7 gr. 20 par litre. Glycorachie : 0 gr. 44 par litre. Moins de 1 leucocyte par mm³.

Sang : Bordet-Wassermann négatif. Azotémie : urée du sérum 0 gr. 28 par litre. Séro-diagnostic : négatif.

Urines : rien à signaler.

Radio du crâne : pas d'anomalie visible.

En résumé, chez ce malade nous trouvons :

à droite, une anesthésie complète et à tous les modes, étendue au membre inférieur droit, et à l'hémi-tronc correspondant jusqu'à la ligne horizontale mamelonnaire ;

de l'hypoesthésie globale dans la branche ophtalmique du trijumeau, une ébauche de dissociation syringomyélique dans le territoire des branches maxillaires supérieur et inférieur ;

des deux côtés, une paraplégie flasco-spasmodique, de l'anosmie, de l'agueusie.

La multiplicité de ces symptômes cadre assez avec les syndromes protubérantiels qui ne sont pas faits de quelque type classique, mais d'un grand nombre de syndromes nés de l'association plus ou moins variée, de symptômes divers. De plus, cette observation donne lieu à quelques intéressantes considérations.

La paraplégie spasmodique n'est pas la forme habituelle des troubles moteurs protubérantiels, et souvent sa constatation est une cause d'erreur. C'est en 1926 que Barré, se basant uniquement sur des cas cliniques, soutient un des premiers son existence. Par la suite, des constatations anatomiques viennent confirmer cette hypothèse que les descriptions anatomiques classiques des voies pyramidales dans leur trajet protubérantiel ne semblent pas étayer. En effet, il est admis par la presque unanimité des anatomistes que les fibres cortico-spinales sont mélangées les unes aux autres sans groupement particulier des fibres destinées aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Les cas de paraplégies protubérantielles démontrent donc « qu'il existe dans la protubérance, chez quelques sujets du moins, une disposition somatotopique des fibres pyramidales » et, ajoute Trelles, « dans ce faisceau, tout comme dans la capsule interne, les fibres ventrales sont destinées au membre supérieur, tandis que les fibres dorsales vont s'articuler avec les nerfs moteurs des membres inférieurs ».

Les troubles sensitifs ne s'éloignent pas des notions habituellement admises. La dissociation syringomyélique d'origine protubérantielle et de notion classique depuis 1914, date à laquelle Déjerine en citait un certain nombre de cas. Depuis, d'intéressantes observations ont été publiées par Lortat Jacob et Krebs (1916), H. Claude, Schaeffer et de Laulerie (1921), Giovanni Pilotti (1924), Poro (1927), Urechia et Groze (1938), L. Rimbaud et Anselme Martin, et Lafon (1934). Dans notre observation, on retrouve une ébauche de dissociation syringomyélique à la face, du moins dans le territoire des deux dernières branches du trijumeau où la conservation du tact s'associe à de l'hypoesthésie thermique et douloureuse.

Par ailleurs, au membre inférieur droit et au tronc, le malade avait su constater la disparition des sensations thermiques avant celles du tact. Enfin, l'hypoesthésie tactile, douloureuse et thermique de la branche ophtalmique ne représente-t-elle pas une transition entre l'ébauche de dissociation syringomyélique de ces deux dernières branches du trijumeau et l'anesthésie complète du membre inférieur et du tronc.

Nous observons là des termes de passage très nets qui, tout en ne laissant pas de doute sur l'origine protubérantielle de ces troubles, montrent la tendance extensive de la lésion.

Par ailleurs, à ce premier intérêt s'ajoute la disposition pseudo-radriculaire de ces troubles sensitifs déjà signalée dans les lésions protubérantielles par Faure-Beaulieu et Bouttier, Ch. Foix et P. Hillemand, Popow dans le syndrome latéral du bulbe. Ces troubles sensitifs pseudo-radculaires peuvent intéresser soit l'hémicrâne, l'hémi-face, la ceinture scapulaire et le membre supérieur correspondant (Foix et Hillemand), soit au contraire un membre inférieur et l'hémi-tronc correspondant. Cette dernière variété est celle observée par Popow. Elle semble due à une thrombose de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure. La disposition des troubles sensitifs est la même dans notre observation. « Quant à la raison de cette topographie axiale des troubles sensitifs, on n'en voit, *à priori*, d'autre explication que celle d'admettre, chez certains individus au moins, une disposition somatotopique des fibres sensitives dans le ruban de Reil. »

L'agueusie totale doit être mise sur le compte d'une lésion du noyau du faisceau solitaire dont la portion supérieure est annexée au VII *bis*, la portion moyenne au glosso-pharyngien. Notre lésion protubérantielle doit donc s'étendre vers la région bulbaire puisque le noyau du IX siège dans la région bulbaire supérieure.

L'anosmie est un symptôme rarement signalé dans les syndromes protubérantiels et la littérature ne semble pas en faire mention avant l'observation rapportée en juin 1934 à la Société de Neurologie par MM. L. Rimbaud, G. Anselme Martin et R. Lafon. Faut-il admettre, pour expliquer cette anosmie, une compression à distance du bulbe olfacif ou une atteinte des voies olfactives réflexes qui, du tubercule mamillaire principal, se dirigent vers le mésencéphale par le faisceau de la calotte de Gudden ? Nous sommes ici dans le domaine pur des hypothèses.

En l'absence de constatations anatomiques, nous n'entreprendrons pas d'essayer de déterminer le siège exact de ces lésions protubérantielles. Quant à l'étiologie de ce syndrome, elle reste elle aussi douteuse. L'évolution lente de ces manifestations semble permettre d'écarter une origine vasculaire par thrombose ou embolie ; la diffusion des symptômes, l'existence d'un épisode fébrile initial mal étiqueté permettent plutôt de penser à une infection névraxitique à localisation protubérantielle.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 27 Mai 1940

Présidence : M. DUPAIN, ancien président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 22 avril 1940 et le procès-verbal de la séance du 9 mai 1940 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend des lettres de MM. Ach. DELMAS, *vice-président*, et BRUSSOT, *membre titulaire*, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance et demandent que leurs communications soient remises à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

Dates des séances de juillet et d'octobre

La Société décide de tenir en juillet une séance supplémentaire à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté à l'Hôpital clinique Sainte-Anne le jeudi 11 juillet à 9 heures 30 précises.

Conformément à l'article 3 de son Règlement, la Société ne tiendra pas de séance pendant les mois d'août et de septembre.

En octobre, la Société tiendra sa séance ordinaire le 28 octobre, à 16 heures précises, 12, rue de Seine.

Election de deux membres titulaires

Après lecture d'un rapport de M. MARCHAND, au nom d'une commission composée de MM. Xavier ABÉLY, Henri EY, LAIGNEL-LAVASTINE, MARCHAND et PORC'HER, sur les titres de MM. BESSIÈRE, médecin de l'Hôpital-Clinique Sainte-Anne, et PICARD, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Bonneval, il est procédé au vote.

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

Ont obtenu :

M. le D ^r BESSIÈRE	15 voix.
M. le D ^r PICARD	15 —

M. le D^r BESSIÈRE, Médecin-Chef à l'Hôpital Clinique Sainte-Anne à Paris, et M. le D^r PICARD, Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir), sont élus membres titulaires de la Société Médico-psychologique.

Nomination d'une Commission

La question s'est posée de la légitimité de l'emploi des moyens d'invigoration dans le diagnostic et le traitement des psychonévroses et des états névropathiques. La Société décide d'en confier l'étude à une *Commission* composée de MM. HARTENBERG, LAIGNEL-LAVASTINE, LE SAVOUREUX et MARCHAND.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ

I. PRIX AUBANEL (1.500 FRANCS)

A la suite d'un rapport de M. BROUSSEAU, au nom d'une Commission composée de MM. BROUSSEAU, DUPOUY et J. VIÉ, le *Prix Aubanel* pour 1940 est décerné à M. le D^r Michel BRENUGAT, pour sa thèse de doctorat intitulée : *Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose et les psychopathies*.

Question posée pour le prix Aubanel à décerner en 1943

Sur la proposition de la Commission, la Société choisit comme sujet du concours pour le *prix Aubanel* à décerner en 1943 (1.500 fr.), la question suivante : « *Les psychoses de guerre dans la population civile et militaire* ».

II. PRIX MOREAU DE TOURS (200 FRANCS)

A la suite d'un rapport de M. CHATAGNON au nom d'une Commission composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER et CHATAGNON, rapporteur, le *prix Moreau de Tours* pour 1940 est décerné à M. le Dr Maurice LETAILLEUR, pour sa thèse de doctorat intitulée : *Hérédosyphilis et oligophrénies*.

III. LEGS CHRISTIAN

Aucune candidature n'a été présentée pour le *legs Christian*.

COMMUNICATION

Le choc traumatique de guerre, par M. P.-A. CHATAGNON.

Bien qu'étudiée surtout jusqu'alors par les chirurgiens (1), la question du choc traumatique de guerre intéresse également le psychiatre : en effet, le *shock* réalise assez brutalement chez l'homme sain d'esprit certains des aspects cliniques et certaines des lésions physiopathologiques de nombreux états psychopathiques classiques.

Envisageons le choc traumatique de guerre en dehors des commotions directes du cerveau et de la moelle et rappelons schématiquement les grands traits de sa symptomatologie. Il s'agit d'un blessé des parties molles d'une région riche en tissu musculaire (fesse, cuisse, mollet) présentant une plaie sans hémorragie immédiate et sans ou avec le minimum d'infection — ou bien une énorme contusion des masses musculaires sans ouverture des téguments. Nous voyons le blessé un quart d'heure ou une demi-heure après le trauma et nous sommes frappés : soit de l'état de stupeur et d'anxiété, soit d'un état d'obnubilation avec adynamic profonde et prostration, soit au contraire d'une phase d'excitation psychique intense allant jusqu'au délire onirique.

En dehors de ces symptômes qui dénotent l'altération profonde du système nerveux, l'on est attiré par la pâleur livide ou terreuse de la face, le refroidissement des extrémités, la petitesse extrême du pouls qui devient filiforme, répondant au collapsus

(1) Rapports de Quénu. Art. de J. Leveuf, *Revue de Chirurgie*, etc.

vasculaire que traduit du reste un abaissement de la pression différentielle, une accélération des mouvements respiratoires, des transpirations abondantes et profuses sur tout le corps et la face, un état nauséux et des vomissements, parfois de la diarrhée et du hoquet (en l'absence de blessure abdominale), de l'agitation motrice et une soif intense. Si les soins appropriés ne peuvent être donnés à temps, on peut alors observer : soit le tableau de la grande insuffisance surrénale, soit celui de la grande hémorragie (hémorragie secondaire), soit celui de la grande infection, soit celui de la toxi-infection (anaérobies, etc.), soit, et c'est l'éventualité la plus fréquente, l'intrication de ces différents symptômes.

Pour fournir les directives d'une thérapeutique appropriée et efficace, différentes théories pathogéniques ont été soutenues. Sans entrer dans leur discussion et leur critique, nous allons rappeler ce que notre expérience vécue de 1914-1918 nous a appris.

Théorie toxique. — Le choc traumatique serait une intoxication ayant son point de départ dans les muscles détruits. C'est ce qu'affirme le Professeur Quénu : le choc résulterait donc des produits toxiques déversés par le foyer d'attrition du membre. Cela est vrai, mais n'est qu'un des éléments du problème. L'on n'a pas jusqu'alors pris en considération un fait fondamental et capital : celui de l'état antérieur du combattant blessé et choqué. En effet, des blessures identiques, du type de celles mentionnées plus haut, seront choquantes pour le soldat en ligne et au combat depuis longtemps et ne le seront pas ou peu pour la jeune recrue non fatiguée, entrant en action en pleine forme physique et morale. Nous devons donc tenir grand compte des efforts physiques épuisants, de la tension morale constante, de l'état de saturation de fatigue musculaire et nerveuse, qu'aggrave encore un manque total d'hygiène (absence de soins cutanés et muqueux, troubles digestifs, constipation, etc.), sans oublier qu'à l'auto-intoxication vient s'ajouter souvent une intoxication massive par les boissons alcooliques jugées nécessaires pour l'exaltation de la fougue au combat. Nous buvions vin et alcool avant chaque attaque en 1914-1918 et sur les morts ennemis du champ de bataille de Champagne en 1917 nous avons trouvé des bidons encore remplis d'une mixture à forte proportion d'éther. Dans de telles conditions on comprend aisément que l'état de choc traumatique s'accompagne de phénomènes de délire onirique.

Le substratum conditionnant la thérapeutique à instituer

d'urgence au blessé choqué sera donc constitué par : a) l'état antérieur du blessé : auto ou hétéro-intoxiqué et souvent les deux à la fois ; b) la résorption toxique des éléments contus et attris de la blessure. Que savons-nous de ces derniers éléments ? Leur intérêt n'est pas minime pour le psychiatre car ce sont des corps toxiques de la même nature qui sont responsables du déclenchement de la majeure partie des symptômes psychopathiques de nos entités ou de nos groupements psychiatriques.

On sait parfaitement, depuis les travaux du Professeur Richet, combien sont toxiques les extraits musculaires ; mais a-t-on pu préciser la nature exacte du toxique en cause ? Est-ce l'N total non protéique du sang, toujours augmenté chez les choqués (P. Duval et Grigaut) ? Or l'urée n'est pas ou peu toxique, c'est donc l'N résiduel du sang qui le serait. On incrimine également les polypeptides qui représentent une partie importante de l'N résiduel (P. Duval et Goiffon, Claude et Dublineau, Simon et Goiffon). Ces polypeptides se rencontrent normalement dans l'organisme puisqu'ils résultent de la désintégration des protéides. Ils sont dégradés au niveau du foie, mais l'apport massif des polypeptides peut empêcher le fonctionnement normal de la glande hépatique, surtout si celle-ci est déjà sidérée par une double intoxication endo et exogène (surmenage et alcool par exemple). Si donc à la suite d'un trauma une grosse quantité de ces polypeptides se présente dans le sang, le foie est incapable de transformer et l'intoxication apparaît.

On a signalé également : l'intoxication par l'histamine (Lewis, Dale, Cannon, Zunz) [l'injection d'histamine à l'animal reproduit tous les phénomènes de choc] — une chloropénie liée à la fixation du chlore sur les tissus musculaires contus, neutralisant les produits toxiques ! Cela mériterait des recherches de contrôle et nous paraît erroné. Les troubles de désintégration des lipides sont probablement plus importants.

Des objections de valeur ont été faites à la théorie toxique du choc ; nous ne les rappellerons pas ici, car elles reposent toutes sur l'expérimentation animale qui ne peut réaliser que très imparfaitement l'état antérieur d'intoxication endo et exogène et d'épuisement physique et nerveux du combattant.

Théorie nerveuse. — Tous les blessés choqués traduisent un épuisement nerveux marqué par : une adynamie, une impossibilité d'effort, un abattement, une instabilité, un sentiment et une sensation physique d'inquiétude indéfinissable. Ces symptômes d'épuisement nerveux sont fonction : de la tension psychologique constante du combattant, de sa grande charge émotionnelle, de

son insomnie, du choc et des bruits de la bataille (vent d'obus ou de torpilles, bruits terrifiants d'avions et de bombes, etc.) d'une part, et d'autre part, comme le dit Piéchaud, « d'une action réflexe qui, partie d'une vive impression, réagit par les centres sur le cœur et les vaisseaux ». Quelle que soit la nature de ces impulsions nerveuses « nociceptives » parties du foyer traumatisé, nous ne croyons pas, malgré la valeur incontestable des données expérimentales sur ce sujet (importance de l'anémie des nerfs qui supprime les excitations nociceptives et par suite retarde le développement du choc, — levée du garrot rétablissant la circulation et par suite l'activité des nerfs de la région ayant pour conséquence de les rendre capables d'émettre les impulsions pathologiques; — anesthésie rachidienne supprimant le choc, etc.) que ces impulsions puissent être suffisantes pour déterminer à elles seules tout le choc.

Comme le dit Guillaume : l'état de choc traduit une atteinte élective du système nerveux végétatif. Pour nous, les blessés présentant le choc traumatique sont des sujets à système nerveux prédisposé : la perturbation de leur sympathique est grandement favorisée par les troubles auto-toxiques provoqués par la fatigue et les décharges émotionnelles successives beaucoup plus que par l'excitation réflexe partie du foyer traumatisé. Ajoutons que l'instabilité de l'équilibre vago-sympathique chez certains sujets entraîne des modifications profondes dans le fonctionnement endocrinien (exemple : la sécrétion surrénale, rénale, etc.) qui ont surtout pour conséquence : une diminution de la résistance du blessé par suite d'une impossibilité de neutralisation des corps toxiques que produit l'organisme surmené (ac. lactique, etc...) ou d'une insuffisante élimination. D'une façon générale on peut dire que les accidents surviennent, comme dans tous les chocs en général, chez les sujets vagotoniques dont la prédisposition au collapsus vasculaire est constitutionnelle ou acquise.

Le traitement du choc traumatique de guerre sera aussi précoce que possible afin de prévenir les accidents dont l'évolution de la tension artérielle mesure la marche et la gravité. Après avoir réchauffé le blessé, lutté contre le collapsus circulatoire (en n'augmentant jamais la puissance de contraction cardiaque), on rétablira l'équilibre vago-sympathique en s'opposant à la vagotonie : on affaiblira le tonus du vague par de petites doses d'atropine ; on augmentera le tonus sympathique par l'adrénaline ou mieux par l'éphédrine, le pressyl, le pressedryl ; on pourra utiliser les antispasmodiques et parmi ceux-ci le H 75 des Allcmands, capable de rétablir le tonus vasculaire sans produire de

vaso-constriction artérielle, les analeptiques vasculaires centraux : camphre, cardiazol pourront être mis en œuvre ; combattre l'acidose qui agit dans le même sens que la vagotonie par l'absorption de 8 à 10 gr. par jour de CO_2NaH ; enfin dans certains cas lutter contre l'œdème cérébral par l'injection intra-veineuse de solution hypertonique de sulfate de magnésie. Telles sont les principales indications médicales. Le délire et l'activité onirique imposeraient l'isolement. Nous n'insisterons pas sur la réhydratation de l'organisme qui se fera prudemment et à faibles doses répétées de sérum gommé de Locke (100-150 gr.) ou au goutte-à-goutte rectal. On se méfiera des transfusions sanguines souvent désastreuses. Mais le traitement essentiel est le traitement chirurgical : exérèse, amputation, traiter la plaie avant d'enlever le garrot et parfois rachianesthésie, toutes indications variables avec chaque cas.

La séance est levée à 17 heures.

Le Secrétaire des séances,

Jacques VIÉ.

Séance du lundi 24 juin 1940

Contrairement à ce qui avait été annoncé dans les *Annales Médico-psychologiques*, il n'y a pas eu de séance de la *Société Médico-psychologique* le lundi 24 juin 1940.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 1^{er} Février 1940

Présidence : M. TOURNAY, président

Maladie de Leber et psycho-polynévrite de Korsakoff, par M. FRETET.

L'auteur rapporte l'observation d'une famille atteinte depuis quatre générations d'une atrophie optique centrale ; deux sœurs de la troisième génération présentent une psycho-polynévrite de Korsakoff, d'origine alcoolique, survenue plusieurs années après le début de l'amblyopie. Après avoir rappelé les nombreuses associations possibles de la maladie de Leber, l'auteur insiste sur la difficulté de distinguer dans ces groupements morbides ce qui n'est que coïncidence, ou atteinte favorisée par un terrain propice, de ce qui constitue une parenté morbide rentrant dans le cadre général des syndromes léberiens.

**Le syndrome de l'astéréognosie spasmodique des vieillards,
par MM. J. LHERMITTE et VOTO-BERNANES.**

Les auteurs présentent un nouvel exemple du syndrome, décrit par l'un d'eux avec Ajuriaguerra : début insidieux par des paresthésies et des dysesthésies des extrémités ; progression lente des troubles sensitifs subjectifs ; apparition précoce de l'astéréognosie caractérisée par le très faible déficit des analyseurs tactiles et la conservation des sensibilités élémentaires ; double syndrome pyramidal ; liquide céphalo-rachidien normal. En se basant sur une observation anatomique antérieure, les auteurs concluent à une atrophie lente, progressive et bilatérale des régions rolandiques et pariétale inférieure.

Discussion

M. FROMENT insiste sur l'intelligence du palper de cette malade qui montre bien la conservation de la sensibilité profonde.

Le syndrome de la cérébelleuse portero-inférieure de Wallenberg,
par MM. LHERMITTE et VOTO-BERNANES.

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de 72 ans qui, après un ictus brutal, a présenté : à gauche, de l'abasia du type cérébelleux, asynergie, dysmétrie, hypotonie, passivité, perte des réflexes antagonistes, réflexes pendulaires, déviation de l'index, tremblement rapide des piliers du voile et de la corde vocale ; myosis, énophtalmie, légère exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski ; à droite, conservation des fonctions sensitives et motrices.

Les auteurs distinguent ce syndrome, en rapport avec l'oblitération de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, du syndrome rétro-olivaire, lié à une atteinte de l'artère de la fossette latérale du bulbe, de Déjerine.

La main fantôme, signal symptôme dans l'angine de poitrine,
par M. LHERMITTE, M^{lle} ROBERT et M. NEMOURS-AUGUSTE.

Les auteurs rapportent l'observation d'un sujet amputé depuis quinze ans au tiers inférieur de l'avant-bras gauche, qui n'avait jamais présenté d'hallucinations douloureuses des amputés. Des crises angineuses coronariennes typiques sont survenues, chacune annoncée par une reviviscence douloureuse du sentiment dans la main amputée, qui semble vivante, crispée, étreinte dans un étau. Les auteurs insistant sur le fait que le moignon n'est pas, et n'a jamais été douloureux, sur l'absence de neurogliome, attribuent l'excitation dont dépend le réveil de la main fantôme à une stimulation du plexus cardio-aortique retentissant sur les ganglions du plexus brachial.

Discussion

M. HAGUENEAU rappelle l'existence de crises d'angor au cours des poussées paroxystiques des causalgiques et se demande si, dans le cas rapporté, l'élément périphérique n'intervient pas.

M. LHERMITTE ne croit pas à une angine réflexe, du fait que les excitations du moignon ne provoquent pas de crise, ce que produit l'effort.

Traitement de l'état du mal épileptique, par M. FERDIÈRE.

L'auteur rapporte l'observation d'un épileptique en état de mal depuis cinq jours, en plein coma, chez qui, après échec du gardénal sodique, du somnifène, du sérum bromuré hypertonique, de la ponction lombaire, les crises cessent quelques minutes après un lavement au tribromo-éthanol, suivies d'un sommeil calme et d'une guérison rapide. L'auteur indique les précautions à prendre, et pense que ce mode d'anesthésie doit remplacer la chloroformisation dans les états de mal rebelle.

Syndrome de sclérose latérale amyotrophique syphilitique,
par M. BOURGUIGNON et M^{me} POPP-VOGT.

Les auteurs présentent un malade atteint depuis deux ans d'une amyotrophie des membres supérieurs dont l'évolution, d'abord lente, est devenue subaiguë ; actuellement, les muscles du cou, de la langue et du pharynx sont atteints ; on note un signe de Babinski bilatéral ; l'examen du sang et la ponction lombaire ont montré des réactions syphilitiques positives ; les auteurs insistent sur ce fait que, dans ce cas de pseudo-sclérose latérale syphilitique, les chronaxies sont les mêmes que dans la véritable maladie de Charcot.

Un cas de gros ventre de guerre, par MM. HAGUENAU et CHRISTOPHE.

Les auteurs rapportent l'observation d'un soldat de 22 ans qui a présenté ce syndrome décrit en 1914 par Roussy : abdomen prenant en deux jours les dimensions de celui d'une femme enceinte à terme — contraction du diaphragme en position d'inspiration, dont témoigne la radioscopie debout — contraction qui cesse lorsque l'on fait coucher le malade et lui fait plier les cuisses, — manœuvre d'intérêt diagnostique et thérapeutique, proposée par Dénéchau. Il est curieux d'observer dans les circonstances actuelles la reviviscence de troubles pithiatiques qui avaient disparu depuis 1918.

Applications des progrès de la neurochirurgie au traitement des blessures crânio-cérébrales, par MM. GARCIN et GUILLAUME.

Les auteurs montrent qu'une blessure cérébrale peut être opérée dans de bonnes conditions dans les vingt-quatre premières heures. Rien n'empêche d'évacuer le blessé sur un centre spécial, ce qui est d'autant plus utile qu'il est difficile de corriger ultérieurement les conséquences fâcheuses d'une première intervention mauvaise. Les auteurs, insistant sur l'importance de l'hémostase et du nettoyage de la plaie, suggèrent même des résections en zone muette pour éviter les nécroses secondaires. Ils rappellent la pauvreté, voire le silence symptomatique des plaies à petit pertuis, mais à long trajet intracérébral, et recommandent dans ce cas, la méthode du volet ostéoplastique. La poussée cérébrale observée après ouverture cède quand l'hémostase et le nettoyage sont faits. Il s'agirait non d'un œdème constitué, mais d'une gêne à la circulation de retour. Ils indiquent que l'extraction du projectile nécessite parfois un contre-volet. Le drainage serait généralement inutile. La moitié des opérés auraient pu être évacués entre 14 et 21 jours avec un crâne solide. Les blessures les plus graves (blessés en état de choc) seraient les blessures tangentielles respectant la dure-mère, mais sous laquelle on trouve un hématoème ou un éclatement cérébral : intérêt de la ventriculographie dans ces cas.

Les auteurs, enfin, rappellent quelques embûches subsistant malgré les progrès techniques : choc, syndrome neurovégétatif aigu, infections contre lesquelles ils préconisent l'emploi des sulfamidés.

S. FOLLIN.

Séance du 7 mars 1940

Présidence : M. TOURNAY, président

Sur les processus hémisphériques cérébraux à symptomatologie tumorale, par M. LHERMITTE et M^{lle} de ROBERT.

Les auteurs présentant un sujet de 20 ans chez qui s'est développé lentement une hémiparésie gauche, avec gros troubles de la sensibilité superficielle et profonde, hémianopsie latérale gauche complète ; l'existence de troubles psychiques complète la ressemblance avec la symptomatologie d'une tumeur de l'hémisphère droit. Mais la ventriculographie ne montre qu'une dilatation du ventricule droit sans déformation ni déplacement. Etat stationnaire depuis de longs mois. Les auteurs insistent sur le caractère progressif et destructeur du processus en cause, qui se distingue ainsi des encéphalopathies infectieuses et toxiques actuellement connues.

Sur la nécessité d'un examen systématique des traumatisés du crâne, par M. J.-A. BARRÉ.

L'auteur présente les pièces d'autopsie de deux traumatisés du crâne, où l'on trouve en dehors d'hémorragies en nappe au niveau d'un hémisphère, des foyers sanglants dans la calotte pédonculaire. L'auteur insiste sur la nécessité d'un examen systématique qui montrera une symptomatologie mésoencéphalique qui ne s'impose pas : paralysie des mouvements associés des yeux. Nystagmus, valeur topographique de la mydriase qui, d'après les travaux de Karplus et Kreidl, indiquerait au plus bas une lésion hypothalamo-protubérantielle. Le syndrome pyramidal irritatif n'a jamais été observé ; alors que l'auteur a, au contraire, noté parfois un syndrome déficitaire, associé à l'hypotonie. L'auteur pense qu'une recherche systématique de ces signes permettrait de réduire la fréquence des intervalles libres sans symptomatologie.

Discussion

M. LHERMITTE rappelle que Duret avait noté des hémorragies proches du 3^e ventricule dans les traumatismes expérimentaux. Il insiste sur le développement progressif des lésions vasculaires dans les cas présentés ; ces faits rentrent dans le cadre de la vasopathie progressive de Marburg.

M. COSSA rapporte l'observation d'une femme qui eut une crise jacksonienne au cours d'une réaction sérique, trois ans après une encéphalite morbilleuse.

M. ANDRÉ-THOMAS souligne la symétrie des hémorragies et envisage une altération préalable des vaisseaux.

M. TOURNAY fait observer qu'il ne faut pas négliger la répercussion de ces hémorragies pédonculaires sur les centres végétatifs du 3^e ventricule.

M. BARRÉ, rappelant que Duret a étudié surtout les hémorragies bulbaires, d'une façon exclusivement expérimentale chez les chiens dont les ventricules ne sont pas disposés comme chez l'homme, souligne que l'effet de choc du liquide céphalo-rachidien n'est pas comparable dans les deux cas.

M. Th. DE MARTEL insiste sur la gravité des lésions profondes chez les traumatisés du crâne sans fractures.

S. FOLLIN.

Séances des 10 et 11 avril 1940

La Société de Neurologie de Paris et l'Académie de Chirurgie ont tenu les 10 et 11 avril des séances communes consacrées à la neurologie médico-chirurgicale de guerre. Les séances, présidées par M. DUCOS, sous-secrétaire d'Etat au Ministère de la Guerre, ont eu lieu en comité secret. Nous ne pouvons donc indiquer que leur ordre du jour :

1° *La conduite à tenir en présence des traumatismes cranio-cérébraux.*
Rapporteurs : MM. Th. DE MARTEL et CLOVIS VINCENT ;

2° *La conduite à tenir en présence de traumatismes atteignant la moelle.*
Rapporteur : M. BARRÉ ;

3° *La conduite à tenir en présence de traumatismes atteignant les nerfs.*
Rapporteurs : MM. ANDRÉ-THOMAS et SORREL ;

4° *La conduite à tenir vis-à-vis des nerfs lors des amputations.* Rapporteur : M. LERICHE.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutiques biologiques des affections mentales, par H. CLAUDE, Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Membre de l'Académie de Médecine, et P. RUBENOVITCH, ancien chef de clinique, chef de laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris (1 vol. in-8°, 336 pages, 84 figures. Masson et C^{ie} édit., Paris 1940).

Laissant de côté la description des traitements purement psychologiques, étiologiques ou symptomatiques, le but des auteurs de cet important ouvrage est d'initier le praticien aux grandes thérapeutiques biologiques actuellement pratiquées par la majorité des psychiatres. Pour la plupart d'application récente ou relativement récente, ces traitements, à condition toutefois que leur application ne soit pas trop tardive, ont modifié le pronostic des psychoses graves, naguère considérées comme incurables. D'où la nécessité pour le praticien de savoir dépister précocement leurs indications, leurs valeurs respectives suivant les cas particuliers, leurs techniques et les conditions de leur application.

C'est dire tout l'intérêt, à la fois théorique et pratique, de cette mise au point, tant pour le praticien que pour le spécialiste qui trouvera ici non seulement des règles générales mais les résultats des expériences prolongées et les riches acquisitions dues aux nombreux cas traités à la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Paris par le Professeur Henri Claude et ses collaborateurs.

Toute une gamme de thérapeutiques efficaces, s'adressent à la majorité des syndromes névropathiques et des syndromes psychopathiques. Ce sont actuellement les actions de choc qui modifient le plus sûrement et le plus solidement dans un sens favorable le terrain morbide. Mais ces traitements nécessitent, pour être efficaces, une organisation soigneuse, nécessaire à la réalisation de conditions favorables, et des mesures psychothérapiques complémentaires indispensables dont on ne saurait séparer l'important problème de la réadaptation sociale.

Dans une *première partie* sont exposées en détail les *méthodes de choc pyrétothérapiques* qui tendent à prendre une place de plus en plus importante parmi les thérapeutiques biologiques, c'est-à-dire parmi les thérapeutiques qui, dépassant le cadre étroit du symptôme et de l'étiologie, visent à modifier les réactions vitales de l'organisme considérées sous l'angle le plus large, intrication de facteurs somato-psychiques dont l'étude met bien en lumière l'importance du terrain individuel mélange de caractéristiques héréditaires et acquises.

Parmi ces méthodes, MM. H. Claude et P. Rubénovitch exposent comment, dès le diagnostic confirmé par la ponction lombaire, la *paralysie générale* doit être traitée par l'*impaludation* ou, en cas de contre-indication, par l'*électropyrexie*, suivies de l'application persévérante pendant au moins trois ans d'une *chimiothérapie* régulière alternant le bismuth, l'arsenic et le cyanure de mercure, les succès étant dus le plus souvent à une thérapeutique insuffisante ou tardive.

Pour le traitement, chez de jeunes sujets, des *syndromes confusionnels* avec symptômes alarmants de dissociation, ou des *syndromes de type schizophrénique*, les auteurs donnent la préférence à la *sulfo-chrysothérapie* surtout en cas de terrain bacillaire. Ils lui préfèrent toutefois l'*électropyrexie* en cas de mauvais état général avec insuffisance hépatique et signalent l'importance dans certains cas d'associations médicamenteuses (arsenic, bismuth) et de l'opothérapie. Ces divers traitements (infectieux, organiques, chimiques, physiques), isolés ou associés, peuvent être tentés dans certains états d'excitation ou de dépression et dans divers états psychopathiques, aidés par une psychothérapie active.

Quelle que soit l'affection mentale envisagée, il faut insister sur la nécessité d'un traitement précoce, les chances de succès diminuant très vite après six mois d'évolution morbide.

La *deuxième partie* est consacrée à l'étude des méthodes de choc par l'insuline et le cardiazol, de la narcothérapie, de la méthode d'Aschner et de l'électro-choc. C'est à Manfred Sakel que revient tout le mérite de l'introduction du choc insulinaire en tant que principe thérapeutique dans les psychoses. MM. H. Claude et Rubénovitch donnent ici une étude clinique et biologique complète de l'*insulinothérapie* dont ils indiquent avec soin la technique, le mécanisme d'action, les résultats, l'efficacité. Ici encore, ils conseillent d'agir précocement, bien que sans précipitation, et cela sans attendre que le malade présente des troubles devenus irréversibles, même alors que le malade n'est peut-être pas encore un schizophrène authentique.

De l'étude de la méthode de choc cardiazolique de von Meduna, les auteurs concluent que la meilleure indication de la *cardiazolthérapie* est fournie par les confusions mentales, les états maniaques et mélancoliques, certains états atypiques aussi qui peuvent faire craindre une évolution schizophrénique et ne sont parfois que la manifestation d'états périodiques. Le traitement leur paraît également être efficace dans certaines formes de schizophrénie, formes stuporeuses ou franchement catatoniques, mais ils ont tendance, et cela de plus en plus, à n'utiliser la cardiazolthérapie qu'associée à l'insulinothérapie. Sous cette forme associée ils recommandent son emploi dans tous les cas de schizophrénie ou de démence précoce justiciables du choc insulinaire.

Le Professeur H. Claude montre que l'on retrouve dans la *narcothérapie* les mêmes éléments mis en lumière à propos de l'insulinothérapie et de la

cardiazolthérapie, c'est-à-dire l'existence de facteurs de choc (facteur efficace) et leur localisation sur les centres neuro-végétatifs, donc au niveau du mésencéphale. L'action dynamique de régulation sur l'affectivité instructive permet l'intervention et le succès d'une psychothérapie, d'ailleurs indispensable. Et ceci vient à l'appui de l'hypothèse émise par le Professeur H. Claude localisant le trouble schizophrénique primordial au niveau de la région mésencéphalique.

Dans la *méthode d'Aschner* « critiquable en soi » et qui « n'offre rien d'original », MM. H. Claude et P. Rubénovitch montrent que si des cas heureux ont pu être enregistrés par cette thérapeutique, c'est à cause des éléments d'ordre biologique et d'ordre psychothérapique « que l'auteur de la méthode n'a pas su isoler », facteurs d'efficacité mis en lumière dans l'étude de méthodes plus rationnelles, plus méthodiques, d'application plus facile, et qui, avec des moyens apparemment plus simples, mettent en jeu des facteurs plus importants.

A propos de *l'électro-narcose* et de *l'électro-choc*, pratiqués par Cerletti et Bini, les auteurs rappellent le travail princeps de Stéphane Leduc (1903) sur l'emploi des courants intermittents de basse tension pour provoquer le sommeil électriquement et les expériences de A. Zimmern et G. Dimier (1903). Ces études sur les diverses modalités de chocs physiopathologiques obtenus par l'électricité sont dignes d'attention. « Il se peut qu'elles révolutionnent un jour toutes nos méthodes thérapeutiques. »

Si nous avons rappelé ici, très sommairement, quelques-unes des idées exprimées dans ce volume, c'est afin d'insister, plus que par une sèche énumération des questions traitées, sur son grand intérêt théorique et pratique. Le livre de MM. H. Claude et P. Rubénovitch prendra place dans toutes les bibliothèques médicales.

René CHARPENTIER.

Manuel de psychothérapie pratique, par A. AUSTREGESILLO, Professeur de Clinique neurologique à l'Université du Brésil, Membre de l'Académie de Médecine de Paris (1 vol. in 8°, 208 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1940).

Le but de ce livre, dans lequel le Professeur Austregesilo expose les méthodes de psychothérapie qu'il emploie depuis de nombreuses années, est de guider les médecins praticiens et les étudiants en médecine dans l'application de la psychothérapie. Aussi l'auteur n'utilise-t-il que des notions strictement pratiques, applicables à la psychothérapie et contrôlés par une longue observation, notions qui trouvent leur emploi dans la pratique quotidienne de la médecine, car, ajoute le Professeur Austregesilo, si les médecins peuvent, par des agents chimiques ou physiques, améliorer l'équilibre humoral et fortifier la résistance organique, la psychothérapie permet seule l'action sur les tendances émotives, intellectuelles et morales.

Les manifestations de l'intelligence se créent dans la fusion et dans l'harmonie du conscient avec le subconscient qui, unis, produisent les grandes œuvres dans les domaines scientifique, philosophique et artistique. Quand le conscient et le subconscient s'harmonisent, quand la volonté et le sentiment s'ajustent, un maximum de force s'établit dans la morale de l'homme. L'équilibre nerveux ne surgit naturellement que de la synergie de la volonté avec l'imagination dont la résultante est une parfaite concordance d'action entre les deux forces psychiques de l'homme : le conscient et le

subconscient. Sans doute une telle harmonie ne saurait-elle être absolue. Il se produit toujours de légères oscillations de l'un à l'autre, mais, légères, ces oscillations ne compromettent pas la santé de l'âme, l'équilibre des sentiments avec la pensée, l'équilibre de la volonté avec les émotions.

Aussi les premiers chapitres sont-ils consacrés au conscient et au subconscient, à la volonté et à l'éducation de la volonté, aux influences et aux effets de la persuasion (Dubois, Zbinden, Déjerine, Babinski, Pagniez et Camus, André-Thomas), de la suggestion (Bernheim) et de l'auto-suggestion (Parkey, Bonnet, P.-E. Lévy), du secours spirituel, de l'hypnotisme (Chareot, Pierre Janet, Bernheim), à la psychanalyse de Freud (psychanalyse des rêves, confessions) peu utilisée au Brésil dans la pratique thérapeutique. De sa pratique personnelle le Professeur Austregesilo conclut que des cas semblables à ceux des sujets guéris par la psychanalyse sont aussi curables par d'autres méthodes psychothérapiques. Il rappelle également les idées de Stekel sur les maladies de la conscience et la doctrine d'Adler dont « le pivot est l'unité de la personnalité » estimant, en accord avec Adler, que la psychonévrose est une tentative manquée, artificiellement travaillée, pour la réalisation du désir de pouvoir. La nécessité de démêler le complexe d'infériorité ramène à l'indication d'employer les méthodes psychothérapiques exposées au début de cet ouvrage. La psychothérapie, basée sur l'analyse mentale, explique clairement au malade sa véritable situation morale et affective.

Le volume se termine par un important chapitre consacré à la symptomatologie et à l'aspect clinique des multiples manifestations psychonévropathiques, chapitre dans lequel le praticien et l'étudiant trouveront de nombreux exemples des cas cliniques qu'ils sont appelés à rencontrer et à traiter dans la pratique courante, et dans lesquels ils pourront ainsi s'inspirer des précieuses directives et de la grande expérience de l'auteur.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Facteurs héréditaires et ambiants dans l'étiologie des psychoses maniaque-dépressives et de la démence précoce (Hereditary and environmental factors in the causation of manic-depressive psychoses and dementia praecox), par Horatio M. POLLOCK, Benjamin MALZBERG et Raymond G. FULLER. 1 vol., in-8° 473 pages. *State Hospitals Press*. Utica, New-York, 1939.

Pour apprécier la valeur relative des causes favorisant l'écllosion et le développement de deux importantes variétés de psychopathies, MM. Pollock, Malzberg et Fuller, spécialistes des statistiques et des recherches d'Hygiène mentale dans l'état de New-York, ont analysé 155 cas de psychose maniaque-dépressive et 175 cas de démence précoce admis pour la première fois dans les établissements psychiatriques pour lesquels ils ont pu reconstituer les circonstances marquant le début des troubles mentaux, les conditions de vie familiale, les antécédents personnels et héréditaires. Leurs conclusions paraissent démontrer la fréquence des psychopathies familiales ainsi que l'absence de spécificité dans la transmission des symptômes et des formes cliniques. Cependant les auteurs insistent sur l'impossibilité de faire la part de l'hérédité et du milieu dans la détermination étiologique qu'ils

recherchent. Leur opinion est finalement assez optimiste. Elle fait la part la plus belle à l'éducation. Si dans l'état actuel des choses le milieu des psychopathes est généralement néfaste à leur descendance, une psychothérapie bien dirigée et une hygiène mentale rationnelle doivent pouvoir protéger ultérieurement des prédisposés et leur assurer un mode de développement physique et mental aussi sain que possible.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

Psychologie de la connaissance (Cognitive Psychology), par Dom Thomas Verner Moore. 1 vol. in-8°, 636 pages. Edité par la *J. B. Lippincott Company*. Chicago, Philadelphie et New-York, 1939.

Les préoccupations métaphysiques qui interviennent en conclusion de nombreux chapitres du livre de Dom Thomas Verner Moore ne sont pas un obstacle aux remarquables développements de psychologie, de physiologie et de pathologie cérébrale destinés à la formation des étudiants et à la méditation des psycho-pathologistes.

L'intelligence humaine est analysée par les procédés les plus classiques, c'est-à-dire en décrivant ses fonctions après avoir établi le plus haut principe de son libre exercice : la conscience. Le moi et ses altérations, leurs rapports avec l'organisme et les divers états du système nerveux, tel est l'objet de la première partie du travail. Puis nous arrivons à un historique complet des théories sur la perception, suivi d'un examen des appareils sensoriels et d'un essai sur leur pathologie. Les opérations proprement intellectuelles : imagination, jugement, raisonnement sont ensuite décrites. Une partie consacrée à la mémoire précède la conclusion générale sur les relations du corps et de l'esprit, ou mieux sur le problème de la matière et de la pensée.

Le chapitre qui traite du concept de la matière est à signaler. Après un rappel du principe aristotélicien du changement et de la notion physique de masse, l'auteur aborde les théories atomiques, celles de Thomson, de Rutherford, de Bohr, celle des vagues d'électron de de Broglie et leurs rapports avec les conceptions d'Einstein. La psychologie a fait appel aux notions physico-chimiques et à leurs applications en biologie pour acquérir un bagage précis, mathématique. Dom Thomas Verner Moore montre en définitive que toute une catégorie de faits psychologiques appartient à la biologie ; par exemple ceux qui traitent du mécanisme des sensations ; que d'autres faits acquièrent des précisions par des études d'analogie avec les sciences exactes et la recherche des tests, tels les troubles du langage et de la mémoire, et que les problèmes supérieurs, proprement humains, de la connaissance restent en dehors de toute identification matérielle, ont leur cause formelle dans un principe étranger, irréductible et permanent.

P. CARRETTE.

L'éducation de demain. La biologie de l'esprit et ses applications pédagogiques, par J.-E. MARCAULT, Agrégé de l'Université, ex Professeur aux Universités de Clermont, Grenoble et Pise, et Thérèse Brosse, docteur

en Médecine, ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, *Préface* du Professeur Charles LAUBRY (1 vol. in-8°, 308 pages, in *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, Félix Alcan édit., Paris 1939).

Envisageant le moi comme fait objectif, occupant le centre de la biologie humaine, les auteurs de ce livre, l'un psychologue et l'autre médecin, l'ont étudié objectivement dans ses rapports avec l'activité physiologique et psychologique et avec le double milieu naturel et social. Le moi, écrit dans une très intéressante préface le Professeur Charles Laubry est le facteur psycho-physiologique central de l'être humain ; son autonomie fonctionnelle est essentielle à l'état de santé tant psychique que physique. Ce moi se comporte vis-à-vis de son organisme psycho-physiologique et du monde qui lui correspond comme un véritable niveau biologique jouissant, à l'égard des niveaux qu'il intègre, de la prérogative de la liberté et de l'autonomie, et exerçant sur eux la double fonction d'intégration et de maîtrise fonctionnelle à l'intérieur de son autonomie.

Au lieu de voir en l'homme une dualité psycho-organique, les auteurs le considèrent comme une triade comprenant d'une part la dualité psycho-physiologique qui est l'animal en lui, d'autre part le moi conscient, facteur biologique spécifiquement humain. Il y a, en réalité, unité par intégration évolutive du psycho-physiologique dans le spirituel.

M. J.-E. Marcault et Mlle Th. Brosse décrivent l'évolution du moi, niveau biologique, chez l'individu, au cours de la vie de l'enfant et de l'adulte, les lois de la croissance ayant pour contre-partie nécessaire des principes hygiéniques ou thérapeutiques destinés à favoriser cette croissance ou à en prévenir les altérations. Une grande partie des troubles psychiques de l'adulte, et des désordres fonctionnels, ont leur origine dans l'anormalité du développement affectif avant et pendant l'adolescence, de même que beaucoup de désordres sociaux particulièrement d'ordre conjugal et familial.

L'éducation doit être envisagée non seulement en vue des connaissances utiles à la carrière ou à la récréation, mais comme une formation à la santé intégrale. L'éducation et la médecine sont une même fonction sociale. S'il est vrai qu'il n'y a pas de santé sociale en dehors des individus, la santé individuelle est à son tour fonction de la santé sociale. Faire une jeunesse un peu plus saine, c'est faire plus saine la société de demain.

Les auteurs exposent un programme d'éducation dont ils indiquent les grands principes éducatifs : en premier lieu l'enfant libre devant sa tâche, libre aussi devant le temps qu'il devra lui consacrer, condition indispensable pour la concentration d'un moi conscient, liberté d'autonomie qui n'aboutit jamais à un individualisme anti-social ; les méthodes éducatives : éducation à la phase sensorielle, à la phase active, à la phase affective, à la phase mentale, éducation de l'adulte.

L'éducation à l'autonomie est l'application des lois biologiques régissant l'évolution humaine. Ce n'est pas assez de cultiver l'hérédité, comme l'a fait l'école traditionnelle, et de laisser à elle-même la variation par ignorance de ses lois. A quelque niveau que s'arrête sa croissance, tout individu peut être une personnalité forte s'il possède à ce niveau l'autonomie de sa fonction consciente et des niveaux organiques sur lesquels il l'exerce.

RENÉ CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

De certains réflexes pathologiques chez les aliénés, par L.-M. FINKEL.
(*Sovietskaia Psichonevrologiia*, T. XIV, Fasc. 6, 1938).

L'auteur étudie chez les aliénés les réflexes de Puusepp, de Schrijver-Bernhardt, de Boveri et Piotrowski et remarque leur fréquence chez les aliénés à l'exception des formes de psychoses fonctionnelles où ils ne se manifestent point. Ces réflexes sont particulièrement fréquents dans les états catatoniques, dans les psychoses organiques, l'hébéphrénie et d'autres formes de schizophrénie ; enfin, on peut les observer dans certaines formes de psychoses hallucino-paranoïdes. Ces constatations soulignent l'importance des processus extra-pyramidaux dans le syndrome catatonique.

L'étude de ces réflexes peut se montrer précieuse dans le diagnostic différentiel de la schizophrénie avec les troubles psychiques liés aux névroses fonctionnelles. Cependant, leur constance dans la schizophrénie n'est pas absolue.

FRIBOURG-BLANC.

Sur l'utilité du réflexe psychogalvanique en neurologie, par N. JONESCO-SISESTI et Louis COPELMAN (de Bucarest). *La Presse Médicale*, 15-18 mai 1940.

Dénommé réflexe par analogie avec les réflexes organiques, le phénomène psycho-galvanique est l'enregistrement par un galvanomètre sensible des variations de la résistance électrique provoquées par des états affectifs passagers. Les auteurs exposent ici l'histoire de cette méthode, sa technique, ses applications, et concluent que la méthode psycho-galvanique constitue un procédé riche en promesses au point de vue de l'exploration du système nerveux.

R. C.

Réactions vaso-motrices dans l'état hypnotique (Vasomotor Reactions in the Hypnotic State), par J. DOUPE, W. R. MILLER et W. K. KELLER. *Journal of Neurology and Psychiatry*. T. 2, n° 2, p. 97-106, avril 1939.

La vaso-constriction des vaisseaux digitaux en réponse au stimulus douloureux dépend de l'intégrité du système sympathique et n'est pas affectée par les lésions cérébrales. Elle est obtenue par action du froid, par une inspiration profonde et même par l'audition d'un son violent ou l'effort intellectuel intense. L'état des vaisseaux cutanés ne peut cependant être modifié par la suggestion hypnotique en dehors de tout état émotionnel prédominant.

P. CARRETTE.

Fonctions autonomes du cortex cérébral (Autonomic Functions of the Cerebral Cortex), par Richard L. CROUCH et J. KENNETH THOMPSON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIX, n° 3, p. 328-334, mars 1939.

Il n'existe pas de zones corticales correspondant aux localisations des divers types de réactions autonomes, pas plus que des centres spéciaux de réactions sympathiques ou parasympathiques, mais plutôt un système d'associations dont les éléments dominent dans le cortex moteur et prémoteur. Les réactions obtenues par stimulation des aires sensorielles paraissent indépendantes des connexions motrices. Elles seraient plutôt reliées aux voies hypothalamiques.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de la physiopathologie des lobes frontaux, par L. BARRAQUER. *Revue neurologique*. T. LXXII, n° 2, p. 160-164, août 1939.

L'expérimentation et l'étude anatomo-clinique des lésions cérébrales antérieures mettent en évidence certains symptômes qu'il n'est pas encore possible de systématiser. M. Barraquer signale l'hypotonie, la désorientation, la marche en cercles progressive et par accès.

P. CARRETTE.

Aphasie et lobe pariétal gauche, par A. AUSTREGESILLO, professeur à l'Université du Brésil (*La Presse médicale*, 6 février 1940).

Le présent travail expose une doctrine qualifiée par son auteur de « quelque peu révolutionnaire », bien qu'elle s'appuie sur des faits acquis et sur les constatations d'un certain nombre d'auteurs. M. Austregesilo, envisageant divers aspects du problème : doctrinaux, cliniques, physiologiques et anatomiques, conclut, en effet, que l'aphasie est un syndrome exclusif au lobe pariétal gauche (chez les droitiers), particulièrement de la deuxième et de la troisième circonvolution pariétales ; que les zones dénommées de Broca et primitive de Wernicke ou plutôt du pied de la troisième circonvolution frontale gauche (zone de Broca) ne jouent pas un rôle prédominant dans l'origine des aphasies ; que les portions postérieures des circonvolutions temporales gauches (zone primitive de Wernicke) ne sont pas des régions anatomiques indispensables à la production des aphasies.

M. Austregesilo considère l'aphasie comme une apraxie agnostique du langage et soutient cette thèse que la zone de l'aphasie serait le lobe pariétal, et surtout le *pli courbe* et le *gyrus supramarginalis*. Le centre intellectuel de la parole serait limité au lobe pariétal gauche. Il considère les circonvolutions temporale et occipitale comme des récepteurs.

René CHARPENTIER.

Tumeur du corps calleux, par J.-A. BARRÉ, KABAKER, PERNOT et LEDOXU, *Revue neurologique*. T. LXXI, n° 4, p. 389-410, avril 1939.

L'étude anatomo-clinique d'un nouveau cas de tumeur du corps calleux permet aux auteurs de préciser les troubles psychiques qui différencient les lésions calleuses des lésions frontales : intensité des troubles de l'attention, inaccessibilité ; d'insister sur les modifications de l'équilibration, sur l'ori-

gine pariétale de l'apraxie et sur la nécessité de généraliser la recherche du tremblement.

P. CARRETTE.

Encéphalite léthargique des centres végétatifs. Syndrome de somnolence périodique avec polyphagie et polydipsie, par Alfred GORDON. *Revue neurologique*. T. LXXI, n° 4, p. 411-416, avril 1939.

Le sommeil périodique combiné aux accès polyphagiques est un syndrome connu dans les états encéphalitiques. M. Gordon l'a observé associé à la polydipsie avec un état mental et émotionnel anormal. L'auteur attribue ces troubles à une encéphalite touchant électivement les centres régulateurs végétatifs, c'est-à-dire l'hypothalamus.

P. CARRETTE.

Les formes méconnues des encéphalites de la rougeole, par V. de LAVERGNE et HELLUY. *Le Progrès médical*, n° 10, p. 337-341, 11 mars 1939.

Les auteurs estiment que la rougeole est la maladie éruptive qui détermine le plus de complications encéphalitiques. Elles sont assez souvent méconnues, soit parce que la symptomatologie est discrète (forme psychique à délire au cours de l'hyperpyrexie, forme neurologique fruste très localisée), soit parce qu'elles se déclarent tardivement et qu'il est difficile de reporter les séquelles à leur cause véritable.

P. CARRETTE.

Psychose pellagreuse sans pellagre (*Psicosis pelagrosa sin pelagra*), par Victor ARROYO A. *Revista de Psiquiatria y disciplinas conexas*, Santiago du Chili. 4^e année, n° 2, p. 121-130, avril-juin 1939.

Le diagnostic de psychose pellagreuse n'est pas douteux. Après une période d'alimentation défectueuse, on observe des troubles gastro-intestinaux, des vomissements, de la diarrhée, des œdèmes, une anémie discrète, puis des troubles mentaux sous forme de confusion mentale avec épisode stuporeux. Le laboratoire permet de vérifier l'anémie hypochromatique et l'achlorhydrie. Toutefois cet état évolue sans dermatose et cède au traitement tonique et antianémique.

P. CARRETTE.

La psychose de Korsakoff dans les hémorragies subarachnoïdiennes spontanées (*The Korsakoff Psychosis in Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage*), par Sidney TARACHOW. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 4, p. 887-899, janvier 1939.

Les hémorragies méningées s'accompagnent rarement de syndrome de Korsakoff. Les trois cas cités par M. Tarachow sont des formes curables et il est difficile d'établir un rapport entre le trouble anatomique et le syndrome mental. Les variétés étiologiques de la psychose de Korsakoff sont d'ailleurs nombreuses. La polynévrite n'est pas liée, dans la majorité des cas, à un éthylisme caractérisé. A défaut d'un mécanisme lésionnel défini, l'auteur penche vers une explication chimique. L'intoxication serait liée

à l'hémolyse produite au cours de l'hémorragie subarachnoïdienne et le syndrome de Korsakoff secondaire à un travail de résorption.

P. CARRETTE.

La rareté du rhumatisme dans les psychoses (*The Paucity of Arthritis among Psychotic Cases*), par Donald GREGG. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 4, p. 853-858, janvier 1939.

Cette grande rareté des manifestations articulaires chez les aliénés est-elle, comme on l'a suggéré, due à l'excellence de l'hygiène alimentaire et générale des établissements psychiatriques ? M. Gregg ne le croit pas. Il met à l'origine des manifestations dites arthritiques une usure, une intoxication liées aux efforts répétés de la vie normale. L'activité physique et psychique des sujets sains ne tarde pas à se développer au détriment de l'équilibre physiologique. L'aliéné, replié sur lui-même, échappe plus généralement aux troubles engendrés par la tension musculaire prolongée, la mauvaise nutrition des tissus, les conditions circulatoires défectueuses.

P. CARRETTE.

Syndrome confusionnel accompagnant les traumatismes de la portion cervicale de la moëlle (*Progressive Confusional Syndrome Accompanying Injuries of the Cervical Portion of the Spinal Cord*), par Tracy J. PUTNAM. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXXI, n° 2, p. 298-306, février 1939.

Les fractures de la région cervicale compliquées de compression médullaire ont assez souvent une symptomatologie mentale rappelant celle des commotions cérébrales et des délires toxiques. Les observations de M. Putnam, vérifiées à l'autopsie, prouvent que les atteintes portées aux centres bulbaires par compression nerveuse et gêne circulatoire provoquent des syndromes d'anoxémie au même titre que les troubles respiratoires ou anémiques non compensés, ou que les maladies vasculaires cérébrales. L'amnésie, la désorientation, les hallucinations, le délire sont intenses et la terminaison habituelle est la mort par insuffisance cardiaque.

P. CARRETTE.

L'étiologie des vertiges, par Robert POINÇO. *Le Monde médical*, n° 941, p. 745-748, 1-15 août 1939.

Le vertige est le résultat d'un trouble de l'appareil vestibulaire. Ce trouble est direct ou indirect, primitif ou secondaire. L'auteur cite, parmi les causes habituelles : les lésions de l'oreille et surtout les atteintes labyrinthiques, les troubles circulatoires, les altérations du système innervateur, les perturbations physiologiques par intoxication ou infection, les troubles réflexes par états digestifs.

P. CARRETTE.

Réactions neuro-végétatives dans l'épilepsie expérimentale (*Reacciones neuro-vegetativas en la epilepsia experimental*), par C. GUTIÉRREZ-NOMEGA et H. ROTENDO. *Revista de Neuro-psiquiatria*, T. II, n° 2, p. 185-227, juin 1939.

Les expériences pratiquées sur 90 chiens avec le cardiazol, la bulhocapnine et le curare permettent d'étudier une véritable épilepsie neuro-végé-

tative surtout mise en évidence chez certains animaux décérébrés. On observe de l'hypertension, la splénocnstriction, la contraction des voies urinaires, l'augmentation du volume pulmonaire et du tonus intestinal. Les auteurs montrent que la propriété de réagir sous la forme paroxystique réside, pour le système neuro-végétatif, dans les centres du tronc cérébral, et non dans ceux de la moelle ou dans les ganglions.

P. CARRETTE.

Mécanisme de la crise épileptique spontanée et cardiazolique (Mecanismo de la crisis epiléptica espontanea y cardiazolica), par J-O. TRELLES et P. ANGLAS QUINTANA. *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. II, n° 2, p. 163-184, juin 1939.

Les crises convulsives se produisent par l'action combinée de deux facteurs : l'un général, d'ordre humoral ; l'autre local, nerveux. Suivant la variété certains symptômes prédominent. Ainsi dans l'épilepsie traumatique le facteur local est le plus important. Dans la crise cardiazolique c'est l'élément toxique, général, qui prédomine. On observe en effet une intensité plus grande des phénomènes toniques et végétatifs, tandis que dans la crise spontanée les signes somatiques, cloniques et psychiques dominent la scène. Malgré ces variantes le mécanisme est identique, le déroulement chronologique semblable et la coexistence de l'inhibition des centres supérieurs avec l'excitation et la libération sous-jacentes superposables.

P. CARRETTE.

L'activité cardiaque pendant les crises épileptiques (Cardiac Activity during Epileptic Seizures), par Theodore C. ERICKSON. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XLI, n° 3, p. 511-518, mars 1939.

La disparition du pouls, des battements artériels superficiels et profonds ne s'accompagne jamais d'asystolie au cours des crises épileptiques. Les modifications de l'onde en T sont en apparence secondaires au défaut d'oxygénation du myocarde pendant l'accès. Les changements de pression ne correspondraient pas à un mécanisme unique et constant.

P. CARRETTE.

L'insuffisance des preuves de la prédisposition héréditaire dans l'épilepsie (The Inadequacy of the Evidence for Hereditary Predisposition in Epilepsy) par Eugène ZISKIND et Esther SOMERFELD-ZISKIND. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 5, p. 1143-1163, mars 1939.

La réalité de la prédisposition chez l'épileptique a été tirée de trois arguments : la rareté des convulsions dans les tumeurs cérébrales, la fréquence des crises chez les jumeaux, les cas héréditaires. Les auteurs du présent mémoire réfutent ces arguments en montrant l'erreur d'interprétation des faits. Ils affirment la fréquence de l'épilepsie dans les traumatismes, les inflammations, les tumeurs des régions antérieures du cerveau. Les altérations du système nerveux central se retrouvent d'ailleurs chez des comitiaux descendants de psychopathes, de tuberculeux. Les conditions de l'épilepsie expérimentale tendent également à prouver que la prédisposition héréditaire n'est qu'un facteur mineur.

P. CARRETTE.

Ichtyose congénitale, idiotie, infantilisme et épilepsie. Le syndrome de Rud (Congenital Ichthyosis, Idiocy, Infantilism and Epilepsy, the Syndrome of Rud), par R.-M. STEWART. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXV, n° 355, p. 256-263, mars 1939.

Le groupe des dysplasies neuro-ectodermiques — sclérose tuhéreuse, neurofibromatose, angiomatose de Hippel-Lindau — est très proche du syndrome de Rud qui était formé primitivement de l'association : oligophrénie, infantilisme, épilepsie et ichtyose. Le cas de M. Stewart est complexe. On y trouve en plus des signes décrits : l'arachnodactylie, l'atrophie musculaire et la rétinite pigmentaire.

P. CARRETTE.

Analogies et oppositions dans la schizophrénie et l'épilepsie (Analogies and Opposites in Schizophrenia and Epilepsy), par Herbert H. JASPER, Charles P. FITZPATRICK et Philip SOLOMON. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 4, p. 835-851, janvier 1939.

Le traitement de von Meduna tire son principe d'un antagonisme entre l'épilepsie et la schizophrénie. C'est une conception simpliste et l'argument thérapeutique n'est pas justifié cliniquement et expérimentalement. L'électroencéphalographie montre l'analogie fréquente des réactions dans les deux cas. Les anomalies observées dans la schizophrénie sont : une extrême dissociação de l'activité des régions homologues du cerveau, une faible régulation de la fréquence et de l'amplitude avec des types d'ondulations nettement épileptiformes.

P. CARRETTE.

Le langage graphique dans la schizophrénie (El lenguaje grafico en la esquizofrenia), par Juan CUATRECASAS et Néllida Z. BULA. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, Rosario, n° 24, p. 5-27, 1939.

Les erreurs de syntaxe, les bizarreries graphiques, les tendances impulsives, l'automatisme, les inventions syllabiques et verbales confirment les troubles de l'attention, l'altération de la personnalité exprimés par les autres manifestations cliniques.

P. CARRETTE.

La cécité d'origine émotive, par le Professeur Félix TERRIEN (*Journal des Praticiens*, 20-27 décembre 1939).

Dans cette leçon clinique, le regretté professeur F. Terrien montre qu'à côté du rôle considérable joué par le système nerveux, dont les lésions interviennent dans un grand nombre d'affections de l'œil, les émotions vives sont capables de provoquer une cécité brusque et immédiate. Parfois, le choc émotionnel, en venant troubler brusquement une circulation ou une innervation oculaires déjà déficientes, déclenche des lésions organiques demeurées latentes et n'ayant déterminé encore aucun phénomène subjectif : le type le plus net est fourni par l'attaque de glaucome aigu. Dans d'autres cas, au contraire, l'œil demeure parfaitement normal et la cécité est psychique ou pithiatique.

R. C.

Grève de la faim et anorexie mentale (Huelga de hambre y anorexia mental), par CONRADO O. FERRER. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*. 7^e année n° 24, p. 83-87, mars-avril 1939.

Description d'un cas d'anorexie mentale provoqué par suggestion familiale chez un enfant victime des conflits entre parents. Guérison obtenue après un long isolement et psychothérapie maintenue après le retour au foyer.

P. CARRETTE.

La psychonévrose d'énervement, par P. HARTENBERG. *L'entente médicale* : 3^e année, n° 14, p. 7-9, 5 juin 1939.

La psychonévrose d'énervement mérite d'être individualisée. Elle n'est pas une variété clinique liée à la dépression mélancolique ou à l'hystérie, mais un syndrome nettement défini avec une psycho-motricité spéciale, une hyperesthésie pénible, de l'agitation, une irritation du système neuro-végétatif. Les phases aiguës aboutissent à la « crise de nerf », seul procédé de détente, de libération que M. Hartenberg différencie de la crise pithiatique.

P. CARRETTE.

Le diagnostic de la neurasthénie vraie, par Jean SOLOMIDÈS. *Le Monde médical*, n° 934, p. 509-512, 1 avril 1939.

La neurasthénie vraie de M. Solomidès comprend deux formes, l'une physique, acquise, l'autre psychique, constitutionnelle. Malgré leur apparente opposition ces deux variétés présentent en commun une triade symptomatique nécessaire et suffisante : hypotension, fatigabilité et hyperréflectivité. Biologiquement la neurasthénie est caractérisée par l'excès de potassium dans le sang. Il est également question dans l'article de M. Solomidès de « deux grands syndromes qui dominent la scène morbide de la neurasthénie vraie » : le syndrome émotif et le syndrome d'hypotonie générale. Cet ensemble impressionnant serait le résultat d'une toxi-infection. L'auteur termine son exposé dogmatique en nous confiant que « c'est la toxi-infection tuberculeuse qui semble être en cause le plus souvent ».

P. CARRETTE.

Phobie sexuelle féminine et mariage (Fobia sexual feminina y matrimonio), par NERIO ROJAS. *La Semana médica*, n° 44, novembre 1939.

À côté des impuissances féminines d'origine anatomique et physiologique, le professeur Rojas propose d'étudier une coïtrophobie, syndrome psychologique caractérisé par l'anxiété et la fuite. Quand le mariage n'est pas consommé, que l'hymen est intact, l'annulation peut être prononcée. Il ne s'agit pas d'une hostilité systématique contre le mari, mais d'une horreur du coït liée à des troubles du développement psychosexuel. Certes la psychanalyse est dans de tels cas d'un grand secours, mais nous ne pouvons que conclure avec l'auteur que le dernier mot restera bien souvent au mystère de la passion, libérateur et pacificateur spontané des phobies sexuelles féminines les plus tenaces.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

La constitution individuelle dans la circulation des valeurs culturelles, par Salvator P. CUPCEA (*Revista de Psihologie*, avril-juin 1940).

Chaque moment culturel choisit les types mentaux dont il a besoin. Une culture équilibrée saura utiliser chaque type mental dans la direction de sa valeur dominante et saura harmoniser les deux énergies constitutionnelles, l'énergie de l'abstraction et l'énergie de l'action.

La ville représente un niveau culturel plus abstrait, autiste, théorique, ayant une affinité plus marquée avec l'orientation affectivo-tempéramentale des schizothymiques. D'où la grande fréquence de la schizophrénie et la diminution de la natalité (en rapport avec le biotype) dans les villes et dans les milieux de haute intellectuelité.

L'évolution de la culture, avec ses applications pratiques, vers les réalisations concrètes, élève et probablement élèvera à l'avenir plus de structures mentales cyclothymiques-syntones.

Les deux orientations psychiques constitutionnelles (introversion et extraversion) représentent deux formes d'énergie humaine (abstraite et pragmatique) qui se complètent et dominent successivement dans les périodes historiques. Les schizothymes conçoivent les plans schématiques, mais l'application de ces schémas à la réalité vive et changeante, le compromis constructif entre l'idée abstraite et les possibilités pratiques est l'œuvre des cyclothymes.

René CHARPENTIER.

La valeur de l'auto-estimation, par Alexandru ROSCA (*Revista de Psihologie*, janvier-mars 1940).

Après avoir établi une fiche d'auto-estimation par la méthode graphique (habileté manuelle, mémoire visuelle, attention, capacité d'observation, intelligence), M. Alexandre Rosca l'a expérimentée sur 114 adultes (90 hommes, 24 femmes), presque tous des étudiants, et en a comparé les résultats avec l'examen de ces 5 aptitudes par la méthode des tests.

Il résulte de la comparaison des résultats que les hommes se surestiment autant que les femmes, et cela d'autant plus que l'aptitude considérée est ou normale ou inférieure à la normale. Les sujets d'aptitude supérieure à la normale se sous-estiment ou s'apprécient exactement. La surestimation est surtout fréquente pour l'appréciation de la capacité d'observation. Elle est plus réduite pour l'habileté manuelle et l'intelligence. Pour toutes les aptitudes envisagées, à l'exception de l'intelligence, la surestimation est le cas le plus fréquent.

René CHARPENTIER.

Les troubles de la parole et leur distribution parmi les écoliers de Cluj, par Aleodor SUCIU (*Revista de Psihologie*, janvier-mars 1940).

Au cours d'une enquête portant sur 4.613 enfants des écoles de la ville de Cluj (2.383 garçons et 2.230 filles), M. Aleodor Suciu a noté 106 sujets présentant des troubles de la parole, soit 2,29 %. De ces troubles, le plus fréquent est le bégaiement (0,80 % des cas), les autres consistant en différents défauts d'articulation ou hésiés. L'étude de l'évolution de ces troubles aux

différents âges scolaires (4 à 14 ans) montre que le bégaiement subsiste dans la même proportion, contrairement aux autres troubles. Il est donc d'une nature différente. C'est surtout parmi les élèves faibles que se trouve le pourcentage le plus élevé de troubles de la parole.

René CHARPENTIER.

Le rôle de la motivation dans l'école, par Alexandru ROSCA (*Revista de Psihologie*, avril-juin 1940).

Il est nécessaire de trouver à l'activité de l'enfant un « support motivationnel ». Toute activité demandée doit être coordonnée aux intérêts de l'enfant et à ses aspirations du moment, ainsi qu'aux situations en rapport avec ses succès antérieurs. Cette coordination peut être faite suivant le principe des réflexes conditionnels.

Pour stimuler les énergies mentales de l'enfant, l'éloge est plus efficace que le blâme. Au lieu de faire rivaliser les meilleurs élèves entre eux, il est préférable de faire en sorte que l'élève rivalise avec soi-même, en le complétant et en le récompensant chaque fois qu'il réussit à se surpasser. Autant que possible, le pédagogue doit éviter de punir et s'il est obligé de le faire, la punition doit faire comprendre à l'élève qu'il n'a perdu ni l'amitié, ni la sympathie de celui qui l'a puni.

René CHARPENTIER.

La mesure de l'aptitude musicale par la méthode des tests, par Ion. A. CREANGA (*Revista de Psihologie*, avril-juin 1940).

A la première partie de cet intéressant travail, consacrée à l'exposé des recherches antérieures tendant à la mesure de l'aptitude musicale, telles celles de Revesz, Brehmer, Seashore, Rupp, Nestele, Vidor, Serejsky-Maltzew, Chevais, Mjoën, fait suite l'examen critique des différentes méthodes utilisées jusqu'ici pour le diagnostic de l'aptitude musicale.

M. Ion. A. Creanga, après avoir expérimenté les tests de Seashore, conclut à leur valeur réduite : les tests de Seashore mesurent les capacités périphériques sensorielles mais non les véritables fonctions musicales, qui sont d'ordre central.

L'auteur propose deux tests : le test mélodique et le test rythmique basés sur ses expériences personnelles (50 enfants). Le *test mélodique* se compose de 20 motifs musicaux présentés au sujet pour être reproduits vocalement. De structure élémentaire, les 6 premiers permettent d'évaluer la capacité auditive musicale qui constitue la capacité essentielle et indispensable. Pris dans son ensemble, par l'addition des 20 motifs, le test donne les indices du degré de développement du sens mélodique, par conséquent du sens musical du sujet. L'auteur s'attache non aux variantes mais à la reproduction exacte du motif.

Le *test rythmique* est composé de 10 figures rythmiques, homophones, présentées au sujet séparément de la mélodie, et l'auteur indique les règles strictes nécessaires à la rédaction d'un test rythmique de ce genre. Le test rythmique et le test mélodique doivent être tous deux complétés par une épreuve, et l'auteur attache une grande importance à ces épreuves. Pour le test mélodique, l'épreuve consiste dans l'exécution d'une mélodie bien

connue. Pour le test rythmique, elle repose sur l'examen, à l'aide d'un métronome, du sens du contretemps.

René CHARPENTIER.

La connaissance des élèves par eux-mêmes, par Nicolae MARGINEANU (*Revista de Psihologie*, avril-juin 1940).

L'examen des mots employés pour décrire les différents traits qui caractérisent la personnalité montre que notre connaissance sur les hommes, c'est-à-dire sur leur âme, est, de même que notre connaissance sur leur aspect extérieur exprimée en termes de quelques éléments seulement.

Si l'image de la figure d'une personne est en fonction de la structure, de la configuration, de la symétrie, de la polarité et de l'architectonique de ces éléments, la connaissance de l'âme est formée de l'image unitaire de la façon dont l'intelligence se combine avec le caractère, tous les deux avec la nature et le tempérament, etc...

La connaissance des hommes dans la vie quotidienne se fait avec un nombre réduit de variables et a un caractère éminemment structurel. Le caractère fondamental de l'unité qui domine la structure de l'âme humaine est l'ordre hiérarchique. Tandis que la psychologie générale va jusqu'aux derniers degrés de cette hiérarchie, la psychologie de la personne s'arrête quelque part au milieu, c'est-à-dire aux aptitudes générales et aux traits fondamentaux de la nature.

Par sa nature et par son but, la *fiche d'évaluation* appartient à la psychologie de la personne. C'est un essai de systématiser et d'apprécier la connaissance que les élèves ont de la personne des camarades avec lesquels ils vivent depuis plusieurs années et sur la conduite desquels ils sont en état de se prononcer. Une série de questions formulées en termes courants et non en termes techniques comporte en face de chaque question quatre réponses entre lesquelles l'élève doit choisir. L'établissement de cette fiche est très rapide et ne demande que quelques minutes d'application. Sa technique est simple et peu coûteuse.

Les résultats obtenus au cours supérieur d'un lycée ont été très satisfaisants et seront l'objet de deux mémoires de MM. N. Parvu et Gh. Nicula.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

Anomalies humaines et phylogénie des artères encéphaliques basales (*Anomalías humanas y filogenia de las arterias encefálicas basales*), par Flaminio VIDAL. *Archivos argentinos de Neurologia*. T. XX, nos 1-2 p. 67-87, janvier-février 1939.

Le système artériel de la base du cerveau est étudié dans l'échelle animale et au cours des états de déchéance physiologique et psychologique. Les altérations du psychisme supérieur correspondent schématiquement à une hypoplasie antérieure, carotidienne. C'est le cas de la démence précoce. Les altérations caudales, celles des branches vertébrales, dominent dans l'alcoolisme. Une hypotrophie généralisée est fréquente dans la mélancolie.

P. CARRETTE.

Cellules argentiques et formations d'apparence spirochétique dans la sclérose multiple et dans d'autres maladies du système nerveux central (« Silver Cells » and « Spirochete-Like » Formations in Multiple Sclerosis and Other Diseases of the Central Nervous System), par George B. HASSIN et Isadore B. DIAMOND. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XLI, n° 3, p. 471-483, mars 1939.

Les zones de coloration argentique observées dans les préparations histologiques de sclérose multiple, d'ataxie cérébelleuse ou de myélomalacie apparaissent comme des amas de granulations dus à la fixation d'un processus dégénératif. Les aspects de spirochètes peuvent également être interprétés comme des chaînes de granulations. Ces recherches confirment le point de vue d'un processus de désintégration myélinique et s'opposent à la conception d'un état inflammatoire.

P. CARRETTE.

Etude anatomique et pathogénique des tumeurs cérébrales métastatiques, par H. ROGER, L. CORNIL et J.-E. PAILLAS. *Revue neurologique*, T. LXXII, n° 2, p. 137-148, août 1939.

Les métastases encéphaliques des tumeurs ne sont pas fréquentes. Au premier rang des néos encéphalophiles nous trouvons celui du poumon, puis celui du sein. Ils envahissent surtout le parenchyme sous forme de noyaux multiples. Malgré la richesse vasculaire du cerveau, la cancérisation secondaire n'est pas facilitée par un développement adéquat de l'embolisation néoplasique.

P. CARRETTE.

Tumeurs cérébrales métastatiques. Etude anatomo-clinique d'après vingt observations (Tumores metastasicos cerebrales. Estudio anatomo-clinico sobre veinte observaciones), par Ramon SOTO ROMAY. *Archivos argentinos de Neurologia*. T. XX, n° 3-4, p. 89-171, mars-avril 1939.

Les métastases cérébrales des cancers ne sont pas rares, mais d'un diagnostic difficile. Assez souvent les signes d'hypertension intracranienne ouvrent la scène. Le cancer primitif a une symptomatologie des plus discrètes et M. Soto Romay se refuse à admettre le syndrome cérébral métastatique proposé par Paillas. Les néoplasies initiales les plus fréquentes sont celles des poumons, des surrénales et des glandes mammaires. Les voies de propagation sont variables, l'appareil lymphatique est la voie d'élection des épithéliomas pulmonaires. Les cancers surrénaux ont une affinité particulière pour le cervelet.

P. CARRETTE.

Calcoification corticale du cerveau simulant la maladie de Pick (Cerebral Cortical Calcification simulating Pick's Disease), par Eugen KAHN, Ernest G. LION et Harry M. ZIMMERMAN. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 5, p. 1027-1033, mars 1939.

Les signes du début font penser à la maladie de Pick : affaiblissement intellectuel, persévération et excitation, perte de l'initiative, euphorie, trou-

bles psycho-sensoriels. Les auteurs ne croient pas que ce soient des signes pathognomoniques d'altérations frontales. La radiographie révèle une calcification parenchymateuse corticale symétrique et étendue. La biopsie confirme le diagnostic et montre des dépôts de pigment ferrique dans les capillaires, la réduction du nombre des cellules ganglionnaires et une légère prolifération gliale.

P. CARRETTE.

Neuroblastomatoses leptoméningées. Deux observations anatomo-cliniques (Neuroblastomas leptomeningeas. Dos observaciones anatomoclinicas), par Ramon CARRILLO et Manuel ORIBE. *Archivos argentinos de Neurologia*. T. XX, n° 3-4, p. 172-207, mars-avril 1939.

Les blastomes de la leptoméninge diffus et généralisés sont des cancers métastatiques. Dans le premier cas ils proviennent de la rétine, dans le second du cervelet. Ils constitueraient des neurones embryonnaires du type sensitif (couche granuleuse de la rétine et du cortex cérébro-cérébelleux). Les neuroblastomes entreraient dans le groupe des médulloblastomes de Cushing comme dans celui des neurospongiomes de Roussy et Oberling. Ils seraient ainsi nettement séparés des neurocytomes (formes à neurones différenciés).

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Influence de l'altitude sur le liquide céphalo-rachidien. Vérification dans un cas de maladie de Monge (El liquido cefalo-raquídeo en la altura. Verificación en un caso de enfermedad de Monge), par Alejandro ARELLANO Z. *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. 2, n° 2, p. 246-253, juin 1939.

Le syndrome de Monge observé aux hautes altitudes, dans les Andes en particulier, consiste en céphalée, amaurose, bourdonnements, vertiges, asthénie et somnolence. La crise aiguë se complique de vomissements, de cyanose et de blocage thoracique par effort. La tension artérielle s'abaisse tandis que la tension veineuse augmente. Le « phlébisme », dû aux accidents répétés, provoque des varices. Les hématies dépassent 7 millions dans le cas de M. Arellano. La tension céphalo-rachidienne très élevée n'est pas mesurable au manomètre de Claude. L'érythrémie et l'hypertension rachidienne disparaissent progressivement et lentement. Le repos à l'hôpital et les ponctions lombaires prudentes facilitent le retour à l'état antérieur. La congestion veineuse choroïdienne joue certainement un rôle dans l'augmentation énorme du liquide céphalo-rachidien, soit en favorisant sa production, soit en gênant sa résorption. Des mécanismes nerveux centraux interviennent secondairement. L'excitation végétative par irritation hypothalamique et l'action réflexe sur certains centres diencephaliques seraient capables de déclencher des perturbations vasculaires et même l'érythrémie.

P. CARRETTE.

Variations humorales post-convulsives par le pentaméthylènetétrazol (Variaciones humorales post-convulsivas por pentametilentetrazol), par Innocencio B. ANSALDI. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, Rosario, n° 24, p. 28-50, 1939.

L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien prouve que la convulsivothérapie augmente les taux de glucose, d'urée, d'albumine, rend parfois la réaction des globulines positive et modifie la durée de passage du bleu de méthylène des ventricules aux espaces sous-arachnoïdiens. Ces recherches chimiques peuvent fournir des éléments intéressants au pronostic du traitement cardiazolique.

P. CARRETTE.

Recherches sur la dose minima de cardiazol déclenchant la crise convulsive chez le lapin, par Wl. STRYJENSKI et J. DRETLE. *Polska Gazeta Lekarska*, n° 6 du 5 février 1939).

Les auteurs relatent les résultats de leurs recherches expérimentales faites sur 20 lapins et ayant pour but l'étude du pouvoir du cardiazol de déterminer les crises convulsives. Leurs expériences démontrent que, chez les animaux jeunes, la dose minima est très rapprochée de la dose mortelle. Le seuil de la dose minima varie également suivant l'état de nutrition de l'animal. Il est inférieur chez l'animal à l'état de jeûne. Les auteurs remarquent également que certains jours la dose minima se trouve abaissée ou au contraire élevée. Les variations oscillent entre 1,5 et 2 mmgr. par kilog. du poids de l'animal. Il est vraisemblable que ces variations sont en rapport avec les conditions atmosphériques. Cette constatation présente une certaine analogie avec les crises épileptiques chez l'homme.

FRIBOURG-BLANC.

De l'accoutumance au cardiazol chez le lapin, par Wl. STRYJENSKI et J. DRETLE. *Polska Gazeta Lekarska*, n° 6 du 5 février 1939.

Les auteurs étudient le problème de l'accoutumance au cardiazol chez le lapin. Les conclusions de ce travail enseignent que l'accoutumance au cardiazol est un fait certain, bien qu'il ne soit pas constant. Les organismes jeunes montrent une accoutumance plus grande. Chez les animaux adultes, cette tendance n'est pas constante. Les auteurs ont remarqué également que l'accoutumance varie suivant la race de l'animal. Elle se manifeste avec les mêmes caractères chez les animaux appartenant à la même niche.

FRIBOURG-BLANC.

Etude clinique des effets de courtes périodes d'anoxhémie sévère comparés à ceux du choc cardiazolique (A Clinical Study of the Effects of Short Periods of Severe Anoxia with Special Reference to the Mechanism of Action of Cardiazol « Shock »), par R. FRASER et F. REITMANN. *Journal of Neurology and Psychiatry*. T. II, n° 2, p. 125-136, avril 1939.

Les essais de privation d'oxygène sont réalisés par le moyen d'un masque anesthésique dont les débits gazeux sont contrôlés. On observe, à partir

d'un certain degré d'anoxhémie, la perte de conscience, des myoclonies, puis des mouvements spontanés, enfin des contractions et une phase d'hyperextension tonique. Il n'y a pas de crise épileptique, mais un comportement musculaire qui rappelle celui du choc cardiazolique. Les deux mécanismes ont d'ailleurs été souvent rapprochés. Le réveil des essais très poussés, est comparable à celui qui suit une forte crise cardiazolique ou un coma insulínique profond. Pratiquement, cette technique ne permet pas une utilisation thérapeutique profitable.

P. CARRETTE.

Effets de l'hypoglycémie insulínique sur la pression sanguine dans les cas d'insuffisance d'oxygénation chez l'homme (The Effects of Insulin Hypoglycemia on the Blood Pressure Response to Oxygen Deficiency in Man), par S. H. KRAINES et E. GELHORN. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, p. 1067-1075, mars 1939.

L'inhalation d'oxygène a été pratiquée chez des schizophrènes en période de glycémie normale et durant la cure insulínique. L'élévation de pression sanguine faible et fugace à l'état normal est beaucoup plus marquée dans l'hypoglycémie. Un point critique est atteint quand le niveau atteint 50 mmgrs. La réaction est réversible par administration de glucose. Les doses excessives d'insuline n'ont pas un effet plus marqué que les doses moyennes, mais on observe alors une diminution de la période latente pré-convulsive.

P. CARRETTE.

Catatonie expérimentale produite par la cocaïne (Catatonia experimental producida por cocaína), par Carlos GUTIERREZ-NORIEGA et Humberto ROTONDO. *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. II, n° 1, p. 73-80, mars 1939.

La cocaïne produit chez le chat et le chien un syndrome caractéristique qui, avec ceux que provoquent la coramine et le cardiazol, peut être considéré comme la synthèse des troubles dus aux catatonisants épileptogènes. Le stade d'agitation catatonique paraît être l'aboutissement de l'ivresse cocaïnique qui commence par l'excitation motrice et l'hypercénésie.

P. CARRETTE.

ENDOCRINOLOGIE

Myxœdème de la ménopause, par ANDRÉ-THOMAS et AJURIAGUERRA (*La Presse Médicale*, 21 mai 1940).

Intéressante observation d'une femme de 54 ans venue consulter pour un ensemble de troubles trophiques et nerveux (bradycynésie, bradyphrénie, troubles de la marche, hypersomnie) s'accroissant progressivement et parmi lesquels une hypersomnie importante avait orienté le diagnostic vers l'encéphalite. L'aspect de la malade, que montrent bien trois photographies, permet d'éliminer ce diagnostic et de poser celui de myxœdème en rapport avec une ménopause relativement précoce. Les mains présentent des déformations

analogues à celles du rhumatisme chronique déformant qui peuvent être rapportées à la même origine.

Après un traitement thyroïdien prolongé on ne retrouve plus aucun des signes qui avaient permis de faire d'emblée le diagnostic de myxœdème, symptômes qui avaient eu tendance à réapparaître pendant des périodes de relâchement thérapeutique. Le métabolisme n'est équilibré que de façon précaire et à condition que la déficience endocrinienne soit régulièrement compensée.

La ménopause ne se limite pas aux glandes de l'appareil sexuel. Quelques symptômes appartiennent aussi bien à la cachexie hypophysaire qu'à la cachexie thyroïdienne : fatigabilité ou asthénie, hypotension, chute des poils, sécheresse de la peau, sénescence précoce, diminution des facultés mentales qui figurent dans le syndrome de Simmonds.

René CHARPENTIER.

Une méthode de dosage quantitatif des corps œstrogènes dans le sang, par H. SIMONNET et R. STORA. *Le Progrès médical*, n° 31-32, p. 1109-1111, 5 et 12 août 1939.

Les examens sont pratiqués sur la rate ovariectomisée. La composition du fluide vaginal doit indiquer un repos complet (état d'œstrus). Des injections de solution huileuse des corps œstrogènes sont pratiquées et le frottis vaginal est examiné les jours suivants. Les dosages montrent la quantité d'unités internationales suffisante pour provoquer l'œstrus, tandis que les formes cellulaires observées dans le fluide vaginal sont exprimées par des signes conventionnels indiquant la plus ou moins grande activité de la réaction.

P. CARRETTE.

Action du prolan par voie intra-rachidienne (Acciou del Prolan por via intrarraquidea), par Juan CUATRECASAS, Nicolas A. VITA, Jorge E. COMOIRANO et Nelida Z. BULA. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, Rosario, n° 24, p. 65-77, 1939.

Cette étude d'hydroencéphalocrinie expérimentale permet de rechercher les effets d'excitation des centres végétatifs hypothalamiques. L'injection intrarachidienne de prolan provoque la polyurie, la céphalée, la mydriase et une élévation thermique indépendante des symptômes vaso-moteurs. Les phénomènes congestifs sont superposables à la bouffée de chaleur ménopausique. On observe enfin une forte action cholagogue et une stimulation des fonctions hépatiques. Ces dernières constatations peuvent servir de point de départ à l'étude capitale du mécanisme par lequel les centres végétatifs interviennent dans la régulation biliaire.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Mahomet et l'hygiène, par A. SOUQUES (*La Presse Médicale*, 22-25 mai 1940).

De l'examen des « hadiths » ou propos attribués à Mahomet, pieusement recueillis et publiés sous le nom de « Médecine du Prophète », M. A. Sou-

ques conclut que le Prophète donne d'excellents conseils sur la sobriété, sur les aliments et les boissons, sur la propreté du corps et des ustensiles servant à boire et à manger, sur le sommeil et le repos, sur les dangers de la chaleur et du refroidissement, sur les rapports sexuels, sur l'hygiène morale. Si bien que, compte tenu des lieux et des temps où il vivait, Mahomet apparaît comme un hygiéniste remarquable.

R. C.

Le contrôle légal des stupéfiants aux Etats-Unis (Narcotics Control by Law in the United States), par James E. HUGHES. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 4, p. 881-886, janvier 1939.

La législation officielle proposée pour la réglementation de la vente des substances narcotiques, acceptée par un certain nombre d'états, fixe les besoins thérapeutiques maxima pour 48 heures consécutives. Des mesures uniformes pour tous les états sont nécessaires. Les besoins thérapeutiques doivent être connus et les autorisations de fabrication des substances visées strictement limitées à quelques établissements contrôlés.

P. CARRETTE.

ASSISTANCE

Conditions administratives et problèmes des hôpitaux psychiatriques de Californie (Administrative Conditions and Problems of the California Mental Hospitals), par Harry LUTGENS. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 5, p. 1103-1118, mars 1939.

En Californie les premiers psychopathes étaient isolés sur un vieux bateau ancré dans la baie de San Francisco. Le grand afflux des chercheurs d'or en 1849 doubla le problème de la surpopulation de celui de l'assistance des malades. Le premier asile est fondé en 1851. En 1936 l'organisation de l'assistance psychiatrique comprend 7 hôpitaux comportant deux services pour les arriérés, des écoles de rééducation pour les délinquants, un hôpital pour les toxicomanies, un bureau de recherches d'eugénique. La formation des médecins, du personnel infirmier, l'institution du travail, ateliers et centre agricole, l'organisation des transferts dans les provinces éloignées sont mis au point depuis 3 ans tandis qu'un nouvel établissement d'hospitalisation et de traitement externe est en voie d'exécution.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Une nouvelle méthode d'impaludation thérapeutique. L'impaludation en deux temps sans réinoculation mais avec apyrexie intermédiaire et récurrence secondaire réglables à volonté, par P. MOLLARET et J. SCHNEIDER. *La Presse Médicale*, 8-11 mai 1940.

Dans le but de réduire au minimum les risques de mortalité et d'appliquer la malarithérapie à des malades considérés jusqu'ici comme ne pouvant la

supporter, MM. Mollaret et Schneider proposent l'interruption des accès, déjà recommandée en 1931 par Wagner-Jauregg, qui donnait la préférence à une impaludation en deux temps.

A la place de cette double impaludation, dont les auteurs signalent les inconvénients et les échecs, ils proposent d'utiliser l'action sur les schizontes du *Plasmodium vivax* de médicaments considérés classiquement comme agissant essentiellement sur les gamétocytes, la *præquinine* et la *rhodoquinine*. L'administration de *rodoprèquinine* à la dose de 3 egr. par jour pendant trois jours consécutifs amène l'arrêt des accès et la disparition des parasites du sang circulant. La reprise des accès a lieu sans réinoculation dans les conditions suivantes qui dépendent de la date d'administration du médicament. Si celle-ci a été tardive (neuvième accès), il faut, pour déclencher le nouveau cycle fébrile et la réapparition des parasites dans le sang, faire intervenir un facteur provocateur, telle une auto-hémo-injection. Au contraire, si l'administration a été précoce, le nouveau cycle se produira spontanément après un intervalle d'environ une semaine.

MM. Mollaret et Schneider concluent qu'en employant cette technique « la mortalité et les contre-indications tendront pratiquement vers zéro ».

René CHARPENTIER.

Le traitement de la méningite méningococcique par l'emploi exclusif des sulfamides, par Alfred RUSESCO, V. VOICULESCO et A. DIACONU (de Bucarest). *La Presse Médicale*, 8-11 mai 1940.

Ces auteurs passent en revue les résultats obtenus par l'administration des sulfamides dans le traitement de la méningite à méningocoques, étudiant successivement la voie d'administration des produits sulfamidés, les résultats de la médication exclusivement sulfamidée ou associée au sérum, la posologie et la durée du traitement, les avantages et désavantages de cette thérapeutique comparée avec la sérothérapie. Se basant sur les résultats publiés et sur leur propre expérience, les auteurs concluent qu'ils traiteront toutes les méningites méningococciques exclusivement par des produits sulfamidés, en réservant l'éventualité de l'association du traitement avec le sérum aux cas réfractaires à la sulfamide.

René CHARPENTIER.

Un nouveau médicament contre l'épilepsie : le diphenyl-hydantoinate de soude ou Epanutin, par Ph. PAGNIEZ. *La Presse Médicale*, 13-16 mars 1940.

Ce médicament, appelé Epanutin en Angleterre et Dilantin aux Etats-Unis, est de structure analogue aux barbiturates, mais est un dérivé de la glycolurée et non de la malonylurée. Son introduction dans la thérapeutique est le résultat des recherches systématiques de MM. Merritt et Putnam (de Boston) sur des animaux chez lesquels ils déterminaient des crises convulsives par le passage d'un courant électrique à travers le cerveau. Ils virent ainsi qu'un certain nombre de produits chimiques, parmi lesquels ils choisirent celui-ci, sont aussi actifs contre les crises électriques que les médicaments (barbiturates, bromures, etc.) communément employés.

Les recherches cliniques de ces auteurs portent sur 350 cas d'épilepsie et

dans 79 0/0 des cas l'épanutin se serait montré supérieur aux autres médicaments. Il s'est montré sans effet dans 15 0/0 des cas. Les recherches faites par d'autres auteurs, et dont M. Ph. Pagniez donne ici les résultats, confirment les succès obtenus chez de grands épileptiques jusqu'alors rebelles à tout traitement. M. Ph. Pagniez en rapporte un cas qu'il a personnellement observé chez un enfant de 7 ans, dont aucun médicament n'avait pu modifier les crises : l'épanutin a complètement arrêté les accidents du petit malade et transformé son caractère. Beaucoup d'auteurs signalent, en effet, les modifications favorables du caractère, l'impression de bien-être, l'absence de dépression.

Mais, chez 15 0/0 des malades environ, on a noté des accidents d'intoxication : digestifs, nerveux, cutanés, disparaissant avec la diminution ou la suppression du médicament, dont la dose thérapeutique efficace est proche de la dose toxique. Il faut donc établir la dose utile par tâtonnements et ne faire que progressivement la substitution de l'épanutin à un autre médicament, peut-être même réserver l'emploi des capsules d'épanutin à ceux des épileptiques qui ne trouvent dans les médications actuelles qu'un soulagement nul ou incomplet,

René CHARPENTIER.

Contribution à la laborothérapie (Contribucion sobre Laborterapia), par C. LARSON F. *Revista de Psiquiatria y disciplinas conexas*, Santiago du Chili, 4^e année, n° 2, p. 102-107, avril-juin 1939.

Le travail des aliénés devrait être un principe fondamental de toute thérapeutique de réadaptation. Ce qui importerait surtout, ce serait la reprise de l'activité surtout physique, avec recherche du rendement maximum. La grande majorité des aliénés peut et doit travailler. Avant toute idée de rééducation adéquate le travail est un exemple et un démenti aux justifications d'apragmatisme qui couvent sous les conceptions morbides de tout psychopathe.

P. CARRETTE.

La psychothérapie d'Esquirol, par M. R. de SAUSSURE. *L'Evolution psychiatrique*, 1939. Fascicule 1.

L'auteur nous montre, à l'aide de nombreux exemples, les deux aspects de la psychothérapie d'Esquirol : il faut organiser l'asile, car c'est par lui-même un instrument de guérison, et diriger les passions pour substituer à celles qui sont nuisibles celles qui peuvent être heureuses. Ainsi le rôle du médecin est-il concevable. Nous voyons ensuite l'opinion d'Esquirol sur la thérapeutique du travail, sur les effets de l'éducation, des émotions et des passions, spontanées ou provoquées, qui réalisent de véritables expériences thérapeutiques.

Le rôle de l'isolement apparaît comme prépondérant à Esquirol, bien que tous les aliénés ne doivent pas être internés. Dans tous les cas, même lors de la provocation d'émotion, il faut être toujours bon, présent, sensible, affable et prévenant.

M. LECONTE.

Narcothérapie (Narcosis Therapy), par R. D. GILLESPIE. *Journal of Neurology and Psychiatry*. T. II, n° 1, p. 45-65, janvier 1939.

La véritable narcothérapie est celle qui provoque un sommeil presque continu pendant 7, 10 et même 20 jours. Elle est obtenue par des barbituriques, acides ou sels sodiques, introduits par voie veineuse, sous-cutanée, rectale. L'auteur ne préconise pas une méthode. Il considère qu'elle est avant tout une question particulière d'expérience médicale et de surveillance attentive. En effet, la moindre négligence alors que la température s'élève ou que le cœur faiblit peut être fatale. Néanmoins la narcothérapie compterait des succès indiscutables dans des cas de manie symptomatique, d'états schizophréniques récents, d'accès catatoniques, bref dans les formes mentales les plus mobiles, récurrentes, aiguës et exogènes.

P. CARRETTE.

La pratique et les difficultés de l'insulinothérapie et de la convulsivothérapie dans les hôpitaux psychiatriques, par Maurice DESRUELLES et Robert CHOPLIN. *L'Aliéniste français*, 20^e année, n° 3, p. 115-129, mars 1939.

Les auteurs passent en revue les enquêtes menées récemment sur l'efficacité de la thérapeutique de choc (coma et convulsions) : enquête de la « Vie médicale », opinions émises au Congrès d'Alger, à la Société Médico-Psychologique, à l'étranger. Leur première conclusion est favorable. Ils estiment que les nouveaux traitements constituent une ressource thérapeutique de premier ordre et que le médecin d'asile a le devoir d'en tenter la réalisation. On connaît les difficultés pratiques : nécessité d'une spécialisation des médecins, des infirmiers, des locaux, du matériel, dépenses, risques pathologiques, autorisation des familles. Tous ces obstacles ont été surmontés et le seul qui soit infranchissable, c'est l'insuffisance du nombre de médecins compétents. MM. Desruelles et Choplin font ressortir la nécessité d'actionner le Ministère de la Santé publique et les Conseils généraux dans le sens d'une augmentation du personnel médical pour chaque établissement psychiatrique matériellement équipé pour la pratique de l'insulinothérapie et des chocs convulsivants.

P. CARRETTE.

La thérapeutique convulsivante dans les maladies mentales (La terapéutica convulsivante en las enfermedades mentales), par Luis M. MARTINEZ DALKE. *Revista de Psiquiatria y Criminologia*. 4^e année, n° 20, p. 209-256, mars-avril 1939.

Les résultats fournis par M. Martinez Dalke portent sur cent aliénés traités par le cardiazol. On y trouve 75 états schizophréniques, très améliorés dans une proportion de 1/3 pour les cas datant de 1 an à 1 an et demi. L'auteur estime que la méthode est très efficace pour les confusions mentales prolongées, tendant à la chronicité. Signalons, parmi les résultats peu mentionnés, certaines complications locales qui transforment les états psychopathiques pour mettre au premier plan les facteurs toxo-infectieux : abcès du poumon, ostéite, — et dont l'évolution n'est d'ailleurs pas toujours favorable.

P. CARRETTE.

Traitement de la schizophrénie (Tratamiento de la Esquizofrenia), par Arturo VIVADO ORSINI, *Revista de Psiquiatria y disciplinas conexas*, Santiago du Chili. 4^e année, n° 2, p. 69-95, avril-juin 1939.

Après avoir reconnu les grands services rendus à la thérapeutique des psychoses par les méthodes de Sakel, de von Meduna et de Wagner-Jauregg, l'auteur s'efforce de montrer le danger des statistiques trop optimistes basées sur le traitement systématique de tous les états d'allure schizophrénique. La cure crée une ambiance heureuse ; elle fournit à des malades nombreux un moyen de lutte contre leurs tendances au renoncement, à la dépersonnalisation. Elle réussit assez bien dans les formes simples, dans maints états hébéphrénico-catatoniques. Mais dans les formes délirantes, les plus graves, les plus menaçantes, l'instauration du traitement lui-même est impossible ; le malade se défend, s'oppose et se trouve ainsi cabré contre toute psychothérapie.

P. CARRETTE.

Etude du coma prolongé consécutif au choc insulinaire (A Study of Prolonged Coma following Insulin Shock), par David LESTER. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 5, p. 1083-1093, mars 1939.

La prolongation du coma insulinaire au cours du traitement est due le plus souvent à des facteurs imprévisibles. Elle a parfois déclenché des améliorations subites dans certaines formes graves, dramatiques. Malgré cette éventualité, M. Lester considère que la recherche thérapeutique du coma prolongé est indéfendable. Elle fait courir trop de risques pour un résultat aléatoire. Le coma n'est pas généralement suivi d'amélioration de l'état mental ; il constitue une complication à éviter et en tous cas à combattre.

P. CARRETTE.

Directives pour le choix entre le coma insulinaire et le choc convulsivant dans le traitement des schizophréniques (Diretrizes para a escolha entre a coma insulínico e o choque convulsivante no tratamento de esquizofrênicos), par Aulbal SILVEIRA. *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. 3^e année, nos 1-2, p. 53-65, 1^{er} et 2^e trimestres 1938.

La diversité des statistiques sur les traitements de choc dans la schizophrénie est due, d'après M. Silveira, à la confusion maintenue par la plupart des auteurs entre les formes cliniques opposées par le mode réactionnel, l'activité physiopathique et le mécanisme psychologique des troubles observés. Doivent être soumis au traitement convulsivant les sujets ayant perdu toute initiative, ceux qui se désintéressent de la vie extérieure, qui manquent d'élan, ne parlent pas, ont une sensibilité émoussée avec des périodes d'agressivité ou de négativisme. Le choc hypoglycémique doit être réservé aux malades atteints de troubles des instincts avec ambivalence, aux états d'hypercinésie et de paracinésie, aux cas d'anxiété avec barrage de la pensée et de l'activité. Ces constatations empiriques sont conformes à la logique et c'est en s'en inspirant qu'on peut espérer les meilleurs résultats par le traitement clinique et la psychothérapie associée.

P. CARRETTE.

Technique et indication des cures d'insuline et de cardiazol chez les schizophrènes, par MM. GROSS et C. GROSS MAY. *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1938.

MM. Gross et Gross-May exposent successivement la technique et les indications des deux méthodes, séparément d'abord, puis combinées ensuite, telles qu'ils la pratiquent aux Rives de Prangins. Ce travail suffirait à guider un profane dans ses débuts si les auteurs, malgré son caractère didactique, n'estimaient pas que « des études uniquement théoriques ne suffisent pas pour se mettre au courant de l'application du traitement insulinaire ». Les auteurs soulignent encore la nécessité d'un personnel au courant et d'un traitement psychothérapique concomitant. En ce qui concerne les indications générales de ce traitement, les formes cliniques semblent intervenir, mais surtout, la date de début de la maladie importe avant tout, affirmation qui confirme une opinion heureusement de plus en plus admise.

M. LECONTE.

Le traitement convulsivant de quelques maladies mentales (El tratamiento convulsivante de algunas enfermedades mentales), par L. von MEDUNA et Antonio Foz. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*. VI^e année, n° 19 à 22, p. 5-24, janvier-décembre 1938.

Sous le contrôle de von Meduna la clinique d'Oliva publie le résultat de ses essais de cardiazolthérapie : techniques, expérimentations, recherches biologiques et statistiques. Le cardiazol a été employé dans tous les cas où il s'imposait. S'il y a une grosse majorité de schizophrènes dans les observations rapportées, il y a aussi des épileptiques, des intermittents, des confus et même des hystériques et des obsédés. En conclusion les auteurs réclament une révision du mode d'assistance des psychopathes aigus. Il est logique, disent-ils, que les pouvoirs publics consentent de gros sacrifices pour permettre l'application intégrale d'un traitement qui rend à la société des malades dont l'Etat avait la charge depuis des années et qu'il risquait de devoir assister longtemps encore.

P. CARRETTE.

Psychose mélancolique et convulsivothérapie (Psicosis melancolica y convulsivoterapia), par Nicolas A. VITA et Nelida Z. BULA. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, Rosario, n° 24, p. 87-101, 1939.

Les grands anxieux acceptent facilement le traitement cardiazolique et en tirent un rapide bénéfice. Les auteurs ont observé après l'accès une période d'excitation et d'euphorie, qui n'a été qu'épisodique. L'amélioration a cependant été obtenue par étapes, même en dehors de toute psychothérapie. Les formes hypochondriaques paraissent au contraire plus résistantes au traitement.

P. CARRETTE.

Le traitement de l'épilepsie par le cardiazol (El tratamiento de la epilepsia por el cardiazol), par Federico SAL Y ROSAS. *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. 2, n° 1, p. 81-96, mars 1939.

Les crises cardiazoliques provoquées chez 8 épileptiques ont fourni à M. Sal y Rosas des résultats thérapeutiques intéressants : diminution d'in-

tensité des crises comitiales, augmentation de la durée de la période latente, réduction des manifestations de petit mal.

P. CARRETTE.

Sur un cas de monoplégie pithiatique guérie par le choc consécutif à l'injection intraveineuse rapide d'hyposulfite de magnésium, par G. CAZALAS (*L'Avenir médical*, mars 1940).

L'auteur rapporte un cas de guérison immédiate d'une monoplégie pithiatique du membre supérieur droit, survenue chez un militaire au cours des opérations de guerre, guérison par l'injection intraveineuse pratiquée au poste de secours d'une solution d'hyposulfite de magnésium. Ce résultat fut obtenu en utilisant comme élément psychothérapique la sensation de chaleur intense au niveau de la face obtenue en poussant l'injection un peu rapidement.

La persuasion armée, classique, s'exerça donc ici sous l'action du choc, inoffensif et indolore, provoqué par l'injection intraveineuse rapide d'hyposulfite de magnésium. Ce procédé, plus simple que le torpillage électrique, est aussi beaucoup plus pratique : il est, en effet, plus facile, surtout aux armées, d'avoir avec soi une ampoule qu'un appareil électrique.

René CHARPENTIER.

Des causes d'échec des sutures nerveuses ; moyens d'y pallier, par René LERICHE. *La Presse Médicale*, 3-6 avril 1940.

Il paraît vraisemblable à M. René Leriche qu'un certain nombre de sutures nerveuses échouent parce que les conditions de la lésion à réparer exigent un trop grand raccourcissement de la longueur du nerf. Il faut probablement bannir toutes les sutures qui tirent (au delà de 2 cm.) et certainement rejeter toutes les sutures forcées. Peut-être les sutures directes devront-elles un jour être remplacées par la greffe, quand sera résolu le problème de la greffe.

Pour le traitement d'entretien des parties molles désénergées, il y aurait lieu d'essayer des infiltrations sympathiques répétées.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 11 juillet 1940*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOUT ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1940*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 novembre 1940*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 23 décembre 1940*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

LÉGISLATION

Modification au Code pénal concernant les mineurs délinquants

L'article 66 du Code pénal ayant été modifié, nous donnons ci-dessous le libellé du nouveau texte de la loi.

ARTICLE 66. — « Lorsque le prévenu ou l'accusé aura plus de treize ans et moins de dix-huit ans, s'il est décidé qu'il a agi sans discernement, il sera

acquitté ; mais il sera, selon les circonstances, remis à ses parents, à une personne ou à une institution charitable, ou conduit dans une institution publique d'éducation surveillée, pour y être élevé et gardé pendant le nombre d'années que le jugement déterminera et qui, toutefois, ne pourra excéder l'époque où il aura atteint l'âge de vingt-et-un ans.

« Dans le cas où le tribunal aura ordonné que le mineur sera remis à ses parents, à une personne ou à une institution charitable, il pourra décider, en outre, que ce mineur sera placé, jusqu'à l'âge de vingt-et-un ans au plus, sous le régime de la liberté surveillée.

« A l'expiration de la période fixée par le tribunal, celui-ci statuera à nouveau, à la requête du procureur de la République.

« Les recours contre les décisions ordonnant le placement d'un mineur ou son envoi dans une institution publique d'éducation surveillée sont suspensifs, sauf exécution provisoire expressément ordonnée.

« Lorsqu'un mineur de treize à dix-huit ans aura été remis à une personne ou à une institution charitable ou conduit dans une institution publique d'éducation surveillée, cette décision pourra être modifiée dans les conditions fixées par les articles 10 et 11 de la loi du 22 juillet 1912, le tribunal ou la cour statuant au lieu et place de la chambre du conseil du tribunal ou de celle de la cour d'appel.

« Lorsque le tribunal confie un mineur aux services de l'éducation surveillée, à une institution privée ou à une personne charitable, il détermine en outre le montant des frais d'entretien et de placement à mettre, s'il y a lieu, à la charge de la famille. »

Ce texte consacre la suppression des « colonies pénitenciaires ». Les établissements destinés à recevoir, en vue de leur redressement moral, certains des mineurs de 13 à 18 ans acquittés comme ayant agi sans discernement seront désormais des « institutions publiques d'éducation surveillée ».

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COURSLANT (personnel intéressé)
à Cahors (France). — 60.168

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'HIPPUS DANS LES AFFECTIONS MENTALES

PAR

ANDRÉ BARBÉ

Quand on examine un iris normal, on voit celui-ci se contracter de temps à autre, diminuer ainsi le diamètre de la pupille, puis reprendre ensuite ses dimensions antérieures. Ces contractions, que l'on appelle également « hippus », sont régulières et isochrones : elles sont au nombre de dix à douze par minute ; la contraction se fait assez brusquement puis, au bout d'une seconde environ, l'iris revient plus lentement à son aspect antérieur, pour se contracter ensuite quelques secondes plus tard et de la même façon.

Dans un travail antérieur (1), nous avons déjà envisagé cette question de l'hippus dans les troubles mentaux ; nous voudrions aujourd'hui la reprendre en la complétant et vérifiant si ce que nous avons écrit à cette époque a reçu la sanction du temps chez les malades observés alors et revus par la suite.

Pour examiner les malades dans de bonnes conditions, il ne faut pas se contenter de l'éclairage ordinaire avec une simple

(1) A. BARBÉ. — Les contractions de l'iris dans les troubles mentaux. *Presse Médicale*, n° 43, 30 mai 1934.

lampe électrique, encore moins avec la lumière du jour : il faut se mettre dans une obscurité complète, immobiliser la tête, avoir un éclairage régulier situé à une distance constante de l'iris, et un grossissement suffisant pour apprécier les contractions normales ou faibles, leur nombre, leur ampleur et leur rapidité. C'est pourquoi nous avons eu recours à un mode d'examen qui va être décrit, et lorsque nous aurons exposé les conditions dans lesquelles il faut se placer pour bien apprécier cet hippus, nous verrons ensuite comment celui-ci se comporte chez les aliénés.

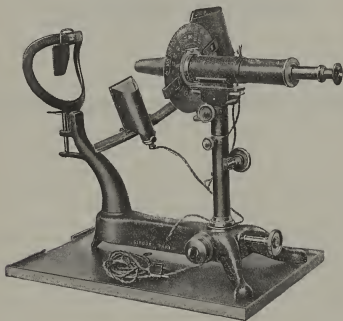


FIG. 1

MÉTHODE D'EXAMEN

Pour cela, nous avons utilisé l'ophtalmomètre Javal et Schiotz (fig. 1) ; les examens ont été pratiqués dans une chambre noire, en sorte que seuls les yeux du sujet à observer étaient éclairés.

Le sujet, ayant le visage bien appuyé sur l'appui-tête (fig. 2), on mettait ensuite la lunette en place (fig. 3) en l'élevant ou l'abaissant afin de bien voir l'iris, puis on établissait la mise au point (fig. 4) et l'on observait ainsi comment se comportait l'iris en présence d'un éclairage régulier et de moyenne inten-

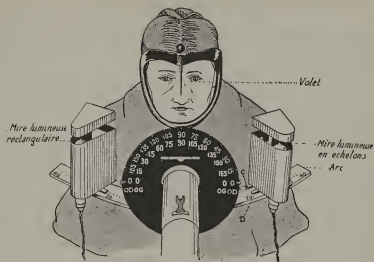


FIG. 2. — Mise en place du sujet



FIG. 3. — Mise en place de la lunette



FIG. 4. — La main droite saisit le corps de la lunette pour la faire tourner à 90°

sité, la tête étant immobilisée et le sujet se trouvant dans l'obscurité.

Dans ces conditions, l'iris se comporte de trois façons chez les psychopathes :

les contractions iriennes sont normales, tant au point de vue de leur isochronisme que de leur ampleur et de leur nombre par minute ;

les contractions iriennes sont variables : dans leur moment d'apparition, leur nombre par minute et leur ampleur ;

les contractions iriennes ne s'observent pas, et cela pendant un temps parfois très long, puisque l'observation s'est parfois prolongée jusqu'à dix minutes.

Bien entendu, nous n'avons examiné dans cet ordre d'idées ni les paralytiques généraux, ni les sujets atteints de syphilis nerveuse. Les malformations congénitales ou acquises de l'iris ont été laissées de côté ; nous avons été également très circonspect quand il y avait myosis ou mydriase. De même, l'examen a parfois été extrêmement difficile, voire même impossible chez certains malades, comme les excités (maniaques), les catatoniques (négativisme), les mélancoliques (déliants), les persécutés (méfiants) et les idiots (ne comprenant pas ce qu'on leur demandait). Les malades qui n'ont pu être examinés convenablement ne figurent donc pas dans notre exposé.

Comme il s'agit ici d'une classification physio-pathologique, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'envisager le comportement de l'iris dans chaque affection mentale prise en particulier ; une classification des affections mentales n'a aujourd'hui qu'une valeur bien discutable et n'est pas forcément en rapport avec un trouble déterminé de l'organisme. Nous ne donnerons pas une énumération des affections dont étaient atteints les malades examinés : ces cas se rapportaient à presque toutes les variétés de psychoses, en sorte que nous pouvons considérer comme ayant été examinées à l'ophtalmomètre presque toutes les affections connues en psychiatrie.

Par conséquent et pour rappeler ce qui a été dit un peu plus haut, nous envisagerons trois sortes de cas :

ceux dans lesquels l'iris s'est comporté normalement au point de vue contractions ;

ceux dans lesquels il y eut une modification de ces contractions ;

ceux dans lesquels il n'y eut aucune contraction.

CAS DANS LESQUELS L'IRIS S'EST CONTRACTÉ NORMALEMENT

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous n'avons pas tenu compte, au point de vue de la classification, de la nature des troubles mentaux, examinant ainsi nos malades sans aucune idée préconçue et ne cherchant à savoir que s'il y avait ou non une modification pathologique de la contraction irienne.

Les cas où nous avons observé des contractions iriennes normales comme amplitude et fréquence se rapportaient à bien des variétés de psychoses ; ce qui était important, c'était de savoir ce qu'étaient devenus ces malades et si leur état mental s'était amélioré, ainsi qu'il était permis de le penser d'après l'examen à l'ophtalmomètre. Or, ayant pu suivre la plupart de ces malades pendant plusieurs années après le premier examen, il nous a été donné d'apprendre que leur état mental s'était amélioré dans des proportions telles que l'on pouvait les considérer pratiquement comme guéris. Il semblerait donc que l'on puisse tirer une conclusion pronostique favorable de la persistance des contractions iriennes normales chez les psychopathes.

CAS DANS LESQUELS IL Y EUT UNE MODIFICATION
DES CONTRACTIONS IRIENNES

Ici, nous avons plusieurs variétés à envisager : le retard dans l'apparition des contractions, la réduction de leur nombre, la diminution de leur ampleur.

Ces diverses modifications peuvent d'ailleurs se combiner : c'est ainsi que, par exemple, le retard dans l'apparition peut être suivi d'un nombre réduit de contractions, et que ce nombre réduit peut ne concerner que des contractions de faible amplitude.

L'apparition des contractions iriennes (qui se fait normalement quelques secondes au plus tard après le début de la mise en observation) peut être très retardée : c'est ainsi que la première contraction peut ne se manifester qu'après trente secondes et que, dans quelques cas, il a fallu attendre jusqu'à sept minutes pour la constater. Pendant tout ce temps, l'iris reste complètement immobile ; il ne faut donc pas se hâter de conclure et croire que si la première contraction ne s'est pas manifestée au bout d'une à deux minutes, cela veut dire qu'il n'y en aura point par la suite. De plus, il est à remarquer que ce temps écoulé entre le début de l'observation et le moment de la

première contraction peut être très variable chez le même malade ; il nous est arrivé, au cours d'examens espacés de plusieurs mois et pratiqués chez le même sujet, de voir la première contraction apparaître au bout de quarante-cinq secondes, alors qu'au cours d'un examen suivant, celle-ci ne se manifestait qu'après quatre minutes. Il semble d'ailleurs que si le retard d'apparition est de moins en moins marqué au cours des différents examens, le pronostic soit de moindre gravité et réciproquement. C'est ainsi que, chez une malade présentant un état dépressif avec quelques interprétations et idées de suicide, les contractions iriennes ne s'étaient pas manifestées après sept minutes d'observation ; à la suite d'un très gros abcès de la fesse consécutif à une piqûre septique, les contractions apparurent beaucoup plus tôt, en même temps qu'elles étaient plus nettes et plus marquées. Faut-il voir un rapport entre l'abcès et le début moins tardif des contractions ? C'est possible. En tous cas, cette diminution de temps entre le début de l'observation et le moment d'apparition des premières contractions fut en concordance avec l'amélioration des troubles mentaux.

Les malades observés et chez lesquels nous avons trouvé ce retard dans l'apparition des contractions iriennes se rapportaient cliniquement aux diagnostics suivans : obsessions, aboulie, bouffée délirante, état dépressif, asthénie, psychoses de la lactation, mal comitial, phobies, psychose périodique, débilité mentale, mélancolie, commotion cérébrale, psychose hallucinatoire chronique, hébéphrénie, catatonie ; c'est dire qu'il y avait une extrême variété clinique.

Quand, après un certain temps d'observation, la première contraction apparaît tardivement, mais suivie d'autres contractions régulières dans leur ampleur et leur espacement, le pronostic est également favorable, témoin l'histoire d'une jeune femme atteinte de psychose de la lactation avec inertie, anxiété, idées de suicide et épuisement physique. Dans la première minute d'examen, on ne constatait aucune contraction irienne, mais, au cours de la seconde minute, les contractions étaient normales. Deux mois après son entrée, cette malade pouvait être considérée comme guérie de ses troubles mentaux.

Si, au contraire, les contractions iriennes continuent, au cours de plusieurs examens, à n'apparaître que très tardivement, parfois après quatre à cinq minutes d'observation, le pronostic devient beaucoup plus réservé, ainsi que l'on peut en juger par les deux observations suivantes (résumées) :

Dans la première, il s'agissait d'un jeune garçon d'une quin-

zaine d'années, qui présentait une diminution de l'affectivité, des impulsions, une tendance à l'isolement et du rire sans motifs. Deux ans après, il était nettement amélioré, était devenu affectueux, moins irritable et moins impulsif, mais avec persistance des stéréotypies. Or, les contractions iriennes qui n'apparaissaient que près de quatre minutes environ après le début de l'examen persistèrent dans ce retard au cours des années suivantes, et cinq ans après le premier examen, ce retard persistait, en corrélation avec les troubles mentaux.

La seconde concernait un jeune homme d'une vingtaine d'années, chez lequel les contractions n'apparaissaient que tardivement au cours des différents examens à l'ophtalmomètre. Après des périodes d'amélioration et d'aggravation de ses troubles mentaux, il a fini par présenter des signes de catatonie et succomber aux progrès d'une tuberculose pulmonaire.

On pourrait objecter à cela que la clinique suffisait seule à comporter un pronostic extrêmement réservé ; c'est exact, mais, dans des cas en apparence bénins, le retard dans l'apparition de cette première contraction nous a permis de faire toutes réserves sur l'avenir mental : une dame, âgée de trente et un ans, présentait des obsessions, impulsions, se rendant parfaitement compte de son trouble mental et cherchant vainement à le surmonter. Or, cinq ans après le premier examen, son état mental ne s'était nullement amélioré et l'apparition des contractions iriennes était toujours aussi tardive (près de quatre minutes après le début de l'examen).

Il en était de même dans un autre cas où, bien que l'on pût se croire en présence d'un état d'excitation maniaque, la constatation d'un très long retard (six minutes et vingt-deux secondes) dans le début des contractions iriennes, nous a fait porter un pronostic également très réservé : chez une jeune fille qui paraissait bien se comporter cliniquement comme une maniaque, les contractions iriennes n'apparaissaient que très tardivement, ce qui ne cadrait guère avec ce qui avait été observé chez d'autres malades et nous faisait écrire dans les notes prises à ce sujet sur cette malade (20 octobre 1933) : « Si cette malade est une maniaque et qu'elle guérisse, l'absence de contractions n'a donc aucune valeur ; si cette malade est une démente au début, l'absence de contractions aurait donc une valeur pronostique » ; or, cette malade se comporta plus tard comme une démente précoce, en sorte qu'ayant été internée par la suite, le médecin, dans le service duquel elle se trouvait en février 1939, écrivait à son sujet : « Démence précoce. Evolution d'aspect périodique. Episodes anxieux, chronicité certaine. »

Cependant, si ces contractions, tout en n'apparaissant que très tardivement, sont certaines, on ne doit pas abandonner tout espoir, sinon de guérison, tout au moins d'amélioration. C'est ainsi que, chez une autre jeune fille entrée à la Salpêtrière, à l'âge de quinze ans, en mai 1932, on constatait à ce moment « un état de confusion mentale avec agitation extrême, logorrhée, chants, stéréotypies, indifférence », les contractions iriennes n'apparaissaient qu'au bout d'une minute et trente secondes, mais ensuite elles étaient isochrones et de même amplitude. Sortie améliorée deux mois plus tard, elle présenta de nouveau des troubles mentaux analogues en octobre 1933, et deux mois après son entrée, les contractions iriennes apparaissaient moins tardivement, en sorte que l'on pouvait se demander dans la circonstance si le plus important n'était pas dans le fait du retard de l'apparition des contractions, et conclure ainsi : quand l'état mental est gravement troublé, le temps qui précède l'apparition des contractions est relativement très long ; quand il y a amélioration mentale, ce temps est abrégé, en sorte que là encore nous aurions un élément de pronostic. Quoi qu'il en soit, le début des contractions se fit de plus en plus tôt et la malade sortit en février 1934. Revue en février 1939, elle se comportait d'une façon sensiblement normale, mais donnait cependant ce sentiment d'étrangeté et d'existence spéciale qui est si fréquent chez les schizophrènes.

On voit ainsi qu'une malade présentant des symptômes d'hébéphrénie et des troubles du langage allant jusqu'à la salade de mots pouvait voir son état s'améliorer suffisamment pour légitimer sa sortie et la reprise de ses occupations. Ceci nous montre donc que le retard dans l'apparition des contractions iriennes, tout en légitimant des réserves sur l'avenir mental, ne doit point faire porter un pronostic démentiel, ce qui est généralement le cas, comme nous le verrons plus loin, quand ces contractions iriennes sont complètement absentes, même après un temps d'observation extrêmement prolongé.

Nous voudrions maintenant signaler un fait qui nous a paru extrêmement curieux à propos de la cessation brusque des contractions iriennes dans certaines circonstances, alors qu'elles s'étaient établies tardivement et qu'elles présentaient ensuite un rythme sensiblement régulier. Chez une persécutée hallucinée, dont les contractions iriennes apparaissaient quarante secondes après le début de l'examen irien, nous avons eu recours au procédé suivant : une personne, placée entre l'observateur et la malade, tenait dans une de ses mains l'une des mains de

la malade et dans l'autre de ses mains une main de l'observateur. Chaque fois que la malade avait une hallucination (auditive dans l'espèce), elle pressait silencieusement la main de l'intermédiaire, et chaque fois que l'observateur constatait un arrêt dans les contractions iriennes, il pressait également en silence la main de cet intermédiaire. De cette façon, ni la malade, ni l'observateur n'étaient prévenus, et ils exprimaient à l'insu l'un de l'autre, l'une ce qu'elle entendait, l'autre ce qu'il remarquait ; or, dans l'immense majorité des cas, il y eut concordance exacte entre l'hallucination auditive et l'immobilisation irienne, en sorte que l'on est en droit de penser qu'il y a une corrélation entre les deux symptômes.

Le nombre des contractions iriennes est parfois extrêmement réduit. A l'état normal, on compte en effet, comme nous l'avons dit, dix à douze contractions par minute : celles-ci se font, dans ce cas, d'une façon assez brusque, puis au bout d'une à deux secondes, la pupille reprend plus lentement son diamètre antérieur, pour se rétrécir de nouveau quelques secondes plus tard. Chez les sujets normaux, il y a régularité dans l'ampleur de la contraction irienne, la durée de celle-ci et le nombre des contractions par minute.

Or, dans les troubles mentaux, il n'en va pas de même : si l'on compte en effet le nombre des contractions après que celles-ci ont commencé à se manifester, même tardivement, on voit que dans beaucoup de ces cas avec retard dans le début, leur nombre par minute est très réduit ; il est même des cas où une apparition non retardée comporte néanmoins cette diminution du nombre par minute. Dans ces cas, le nombre des contractions iriennes par minute peut s'abaisser jusqu'à deux ou trois ; encore, ces contractions sont-elles souvent faibles et peu marquées. Mais, si nous nous en tenons simplement ici à leur nombre (nous envisagerons plus loin la faiblesse d'amplitude), nous voyons que le nombre proprement dit peut être très diminué dans certains cas, à propos desquels un pronostic extrêmement réservé avait été porté du seul point de vue clinique. En effet, voici trois observations (résumées) se rapportant à ce que nous venons d'exposer.

La première concerne une malade entrée à la Salpêtrière en 1928 pour « obnubilation intellectuelle avec inertie, mutisme, refus partiel d'aliments, hallucinations de l'ouïe, illusions et idées vagues de persécution ». Par la suite, elle présenta un état catatonique avec des périodes d'excitation stéréotypée, du rire

sans motif, du maniérisme et des grimaces. Examinée à l'ophthalmomètre, elle n'avait que six à sept contractions iriennes par minute, chiffre inférieur à la normale ; de plus, la première contraction n'apparaissait que près d'une minute après le début de l'examen.

La seconde malade était une mélancolique ayant par intervalles des idées de négation d'organes, ce qui représentait une ébauche de syndrome de Cotard. Elle n'avait que de très faibles contractions iriennes et, non seulement celles-ci étaient d'une ampleur très limitée, mais encore n'en avait-elle que quatre à cinq environ par minute. De plus, ces contractions étaient presque complètement absentes dans les périodes d'anxiété.

Enfin, la troisième observation se rapporte à un jeune homme qui se présentait surtout comme un obsédé aboulique, mais avait également quelques tics et des grimaces. Or, non seulement les contractions iriennes étaient très irrégulières et de faible amplitude, mais on ne pouvait en compter que cinq à six par minute.

Nous avons dit un peu plus haut que le nombre très faible des contractions iriennes s'alliait fréquemment avec leur peu d'ampleur ; ceci est également d'un pronostic très sombre ; témoin l'observation d'une enfant de onze ans, qui, débile et atteinte de mal comitial, présenta, à l'époque de sa puberté, des symptômes d'hébéphrénocatatonie. Or, non seulement les contractions iriennes n'apparaissaient que très tardivement (parfois plus de trois minutes après le début de l'examen), mais se trouvaient réduites au chiffre de trois à quatre par minute.

Et, chez une adulte, cette constatation représente également un signe de chronicité ; c'est ainsi que : chez une hypochondriaque avec état de dépression et semi-conscience de son état pathologique, les contractions iriennes non seulement étaient faibles, apparaissaient tardivement, mais encore étaient très rares, puisque l'on n'en comptait que cinq environ en deux minutes. Or, cette malade apathique était encore hospitalisée plusieurs années après son admission et son état mental ne s'était nullement modifié.

On voit donc, par ces exemples, que si les contractions iriennes persistent, mais retardées dans leur date d'apparition, dans leur nombre et dans leur ampleur, le pronostic mental doit être extrêmement réservé.

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions signaler un fait qui nous paraît digne de remarque : c'est celui dans lequel les contractions iriennes, après avoir été tardives dans leur apparition, rares dans leur nombre et faibles dans leur ampleur, finis-

sont par ne plus être perceptibles, en sorte qu'elles n'existent pratiquement plus quand on examine ces malades plusieurs mois après le premier examen à l'ophtalmomètre et par conséquent après le début de leurs troubles mentaux. Ceci est d'une importance extrême, car cette disparition des contractions coïncide avec une aggravation des troubles mentaux, voire un état de chronicité.

C'est ainsi que, chez une jeune fille présentant à l'âge de dix-neuf ans un état de confusion mentale avec quelques hallucinations, des idées vagues de persécution, et des accès d'anxiété par intervalles, les contractions iriennes n'apparaissaient à ce début des troubles mentaux qu'après un espace de deux à trois minutes et que ces contractions étaient à la fois faibles et rares. Plus tard, cette malade ayant évolué vers un état schizophrénique, les contractions disparurent complètement et l'examen poursuivi pendant sept minutes n'en décelait aucune.

Il en était de même pour un jeune homme qui, après avoir présenté un état d'excitation vraisemblablement consécutif à une infection du névraxe, avait des contractions iriennes tardives, faibles, rares et sans aucun isochronisme. Cet état infectieux ayant laissé des séquelles mentales, on ne constatait plus de contractions iriennes quelques années après.

CAS DANS LESQUELS IL N'Y EUT PAS DE CONTRACTIONS IRIENNES

Ce sont ces cas qui, du point de vue pronostic, sont les plus importants et les plus graves ; cette constatation n'a d'ailleurs rien qui doive surprendre, car, si un retard dans le début des contractions iriennes, si leur peu d'ampleur et si leur petit nombre représentent déjà quelque chose de fâcheux, à plus forte raison la disparition complète de l'hippus comporte-t-elle un pronostic très sombre sur l'avenir mental du sujet ; c'est au point que nous ne croyons pas avoir vu de malade chez lequel l'absence de contractions iriennes n'ait été suivie ou accompagnée d'un état démentiel, ce dernier terme étant pris surtout dans le sens de chronicité. On pourrait objecter que le seul examen clinique du malade suffit, dans la plupart des cas, à porter ce pronostic, en sorte qu'un examen de l'hippus n'aurait tout au plus qu'une valeur confirmative ; c'est exact, mais nous tenons à signaler que, dans bien des cas, même en apparence bénins et au début des troubles mentaux, cet examen nous a permis de porter un pronostic qui s'est vérifié par la suite. Et c'est

là qu'il prend, à notre avis, toute sa valeur, puisqu'il permet de savoir très tôt quel sera l'avenir mental du malade.

Ainsi donc, deux cas sont à considérer : celui dans lequel les contractions iriennes n'apparaissent pas chez un sujet dont les troubles mentaux ont déjà permis cliniquement de porter un pronostic démentiel, et ont simplement la valeur d'un symptôme surajouté aux autres ; celui, beaucoup plus important à notre avis, où cette absence de contractions iriennes dès le début des troubles mentaux permet de porter un pronostic très sombre du point de vue de l'avenir mental du sujet.

Dans la première catégorie rentrent un certain nombre de malades, que nous avons examinés à l'ophtalmomètre longtemps après le début des troubles mentaux et, ici, nous serons assez bref, puisque, comme nous l'avons dit, on était malheureusement déjà fixé sur leur avenir mental. Cependant, nous allons donner ici encore deux observations très résumées :

Dans la première, il s'agissait d'une jeune femme ayant d'abord présenté un état confusionnel avec anxiété, périodes d'excitation et troubles psycho-sensoriels. Quelques années après, elle était dans un état démentiel : examiné à l'ophtalmomètre, elle n'avait aucune contraction irienne.

La seconde observation concernait une jeune fille qui, après s'être comportée comme une mélancolique, évolua vers un état catatonique ; là encore, il n'y avait aucune contraction irienne.

Arrivons maintenant à l'étude des cas qui nous paraissent les plus importants, du point de vue de l'examen à l'ophtalmomètre, puisqu'ils nous ont permis de porter, dès le début, un pronostic de chronicité, alors que les troubles mentaux n'étaient encore que peu marqués et insuffisants par eux-mêmes pour se prononcer sur l'avenir mental des sujets. Voici trois observations qui nous paraissent concluantes :

La première concernait un enfant d'une dizaine d'années, qui présentait un léger degré d'arriération intellectuelle, avec quelques troubles de la marche faisant penser à une stéréotypie ; quand nous l'avons examiné à ce moment à l'ophtalmomètre, nous avons été très surpris de constater une absence complète de contractions iriennes, ce qui ne paraissait pas concorder avec le peu de gravité des troubles mentaux. Or, par la suite, cet enfant se livra à des actes démentiels, en même temps qu'il manifestait une indifférence affective et n'avait aucune initiative, preuves évidentes d'une régression intellectuelle.

La seconde observation se rapportait à une jeune fille qui

s'était, au début, comportée comme une simple déprimée : examinée à cette époque à l'ophtalmomètre, elle n'avait aucune contraction irienne. Par la suite, elle eut des stéréotypies, de l'indifférence, des tics, du rire sans motif, le « signe du miroir », en sorte qu'elle était atteinte de catatonie. Et, là encore, l'absence de contractions iriennes avait permis, dès le début, de porter un mauvais pronostic sur l'avenir mental de cette malade.

Quant à la troisième observation, elle a trait à une jeune fille qui présentait un état confusionnel ; à ce moment, elle n'avait aucune contraction irienne ; or, peu de temps après, elle avait de l'indifférence, des impulsions, du rire, des grimaces et du maniérisme. Finalement, elle tombait dans un état de démence.

Et ici, plus encore peut-être qu'au chapitre précédent, pouvons-nous dire qu'une absence des contractions iriennes, non seulement est presque de règle chez les déments, mais est encore d'un pronostic très sombre quand les troubles mentaux ne sont encore qu'à leur début, et alors qu'il est impossible, à ce moment, de se prononcer d'une façon absolue sur l'avenir mental du sujet.

LE PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS ET DES PSYCHOPATHES

Sa portée médicale et sociale

PAR

JACQUES VIÉ

INDICATIONS PSYCHIATRIQUES DU PLACEMENT FAMILIAL (1)

Quels sont les malades susceptibles de bénéficier du placement familial ? Telle est la question pratique souvent posée aux médecins de l'Assistance familiale ; elle ne paraît pas être bien résolue, sans doute parce qu'elle est plus complexe qu'il ne paraît au premier abord. D'ailleurs, elle n'avait pas été l'objet d'une étude d'ensemble, et nous avons dû nous contenter, au début, des indications disséminées dans les articles et rapports médicaux.

Dès 1898, Aug. Marie et Vigouroux tentaient au Congrès d'Angers de répondre à la question « quels malades peuvent être placés en famille » et ils versaient au débat les observations des cent premières malades confiées à leurs soins lors de l'ouverture de la Colonie de Dun. Plus tard, les rapports médicaux de Truelle (1901 à 1904), un travail de M. Rodiet (1913) apportent de précieux éléments pour les femmes, tandis que pour les hommes, on se reporte avec fruit aux rapports de Lwoff (1901-1903) et de Trénel (1904).

Nous avons constaté que les indications variaient dans d'assez larges limites suivant les différents pays. En Suisse par exemple,

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, juin-juillet 1940, page 1.

elles sont beaucoup plus étendues qu'en Ecosse ou chez nous. La proportion des malades bénéficiaires diffère elle aussi considérablement : en France elle se trouve bien plus restreinte que dans d'autres pays ; chez nous elle est voisine du dixième de l'effectif des Asiles, un peu plus élevée pour les femmes (1.271 présentes à Dun sur 10.799 internées du département de la Seine au 31 décembre 1933), un peu plus faible pour les hommes (535 à Ainay sur 6.188 internés à la même date) ; tandis que pour M. Sano le pourcentage atteint 8/10 environ de la totalité des malades mentaux.

De pareilles divergences nous ont conduit à distinguer des indications psychiatriques proprement dites, les indications sociales, dont nous passerons en revue, dans un autre chapitre, les principales composantes.

Pour l'instant, nous baserons notre exposé sur les résultats d'une statistique établie lorsque la Société médicale des Asiles de la Seine, en novembre 1933, demanda aux médecins-directeurs de Dun et d'Ainay de fournir des précisions sur le choix des malades.

Pour approfondir le problème, nous avons dépouillé les observations régulièrement tenues, des 2.000 sujets qui, depuis l'ouverture de la Colonie d'Ainay-le-Château en 1900, y ont été traités avec plus ou moins de succès. Cette besogne, loin de devenir fastidieuse, nous a paru du plus haut intérêt. Elle nous a fait revivre dans tous ses détails l'évolution d'un grand nombre de malades dans les circonstances nouvelles de la demi-liberté, et nous avons pu constater et comprendre des séries de réactions et de processus qui nous demeuraient inconnus. Enfin, sur le point qui retient ici, elle nous a permis de dresser un véritable bilan clinique du placement familial.

Nos prédécesseurs avaient souvent admis que seul le caractère individuel conditionne la possibilité d'adaptation, et qu'en cette matière, « il n'y a pas de maladies, mais seulement des malades ». Nous ne partageons pas du tout cet avis. Pour nous, l'effort nosologique est loin de demeurer stérile. Certes, le coefficient réactionnel propre à chaque sujet conserve une grosse valeur : en psychiatrie comme en toute branche de la médecine, la personnalité, sous ses trois versants morphologique, physiologique et psychologique de la constitution, du tempérament et du caractère, commande ces modalités propres à chaque affection que l'on appelle des *formes cliniques*. Mais nous pensons qu'en dépit de ces variantes, il existe des entités psychiatriques, plus

ou moins complètement délimitées à l'heure actuelle, mais assez connues toutefois pour permettre un pronostic, pour autoriser des prévisions, pour légitimer des craintes ou des espoirs. Notre attention a été attirée dans tous nos travaux, — et ici plus encore peut-être — par l'importance du *facteur évolutif* au cours des maladies mentales. Ce point de vue n'avait peut-être pas été suffisamment exploré dans ses applications pratiques, pourtant il est évident que les résultats du placement familial diffèrent suivant les diverses phases d'une même maladie.

Ce travail, purement *objectif*, puisqu'il enregistre des résultats statistiques, est avant tout valable pour le *placement des hommes*. Il s'en dégagera deux sortes d'enseignements : d'abord nous dégagerons des *contre-indications majeures* résultant de gros symptômes qui rendent le sujet impropre au placement ; puis nous analyserons, en suivant de larges *groupements nosologiques*, les contre-indications de détail et les formes les plus favorables : pour les raisons sociales sur lesquelles nous reviendrons, ces indications se trouveront être des *indications minima*, qu'il y aura lieu de compléter ensuite par l'étude critique d'indications plus larges fournies par d'autres auteurs.

Statistique générale. — Depuis que la Colonie d'Ainay a été constituée en établissement autonome en 1900 et consacrée au seul placement des hommes, jusqu'au 1^{er} janvier 1933, on y a traité 1.969 malades.

Sur ce nombre :

- 128 ont été remis en liberté ;
- 51 ont été transférés pour raisons administratives, surtout pour travailler à la colonie de Dun ;
- 88 se sont évadés (trois par an en moyenne) ;
- 567, soit un tiers, ont dû être réintégrés en asile fermé ;
- 559 sont décédés après un séjour qui, pour certains, a dépassé 30 ans ;
- enfin 466 étaient présents le 31 décembre 1932.

La répartition nosologique, dans l'ensemble, n'a jamais varié, elle a toujours comporté une bonne majorité d'*imbéciles* et de *débiles profonds* (284 sur 523 malades traités en 1932) qui sont les meilleurs éléments avec les *déments organiques*, les vieux *persécutés affaiblis*, les très anciens alcooliques.

Les contrindications symptomatiques majeures

Certains symptômes contre-indiquent d'emblée l'accès aux Colonies familiales.

Nous relevons ces symptômes chez les sujets qui ont dû être réintégrés en asile fermé au cours de leur première année de séjour : ils représentent sensiblement la moitié (330 sur 667) du nombre total des réintégrations.

En théorie, *on devrait pouvoir éviter ces réintégrations de première année*, puisqu'elles découlent de l'état même où se trouve le malade lorsqu'on l'amène à la Colonie. En pratique, la collaboration des médecins des Hôpitaux psychiatriques et de ceux des Colonies est parvenue à en réduire le nombre dans une forte proportion, par rapport aux premières années de fonctionnement (1900-1905).

*
**

La première et la plus grave des contre-indications majeures réside dans la tendance aux *réactions violentes de caractère impulsif* que l'on observe chez de grands déséquilibrés. Il est à déplorer que les dossiers des asiles ne contiennent pas automatiquement une fiche de la Préfecture de police relatant les antécédents des sujets qui restent dangereux. Nous aurons à discuter plus loin le cas des malades qui, au cours de l'évolution morbide, ont pu commettre des actes criminels liés, sans l'ombre d'un doute, au processus lui-même : outre que ces cas sont exceptionnels, nous verrons quelles réserves ils appellent. Mais lorsque les réactions homicides ont un caractère impulsif, même — et à plus forte raison — lorsque les faits antérieurs se sont produits à la faveur d'un appoint alcoolique, il faut écarter le malade de la colonisation familiale.

Les meurtres sont rares en placement familial. Il y a une centaine d'années, le bourgmestre de Gheel succombait aux coups d'un aliéné. Nous avons eu à déplorer un acte de violence commis par un alcoolique impulsif qui, une fois l'accès confusionnel passé, s'était montré dans les Asiles un travailleur de confiance.

Placé après une observation prolongée, il fut pendant quatre mois un aide exemplaire pour les paysans qu'il ne quittait jamais. L'occasion d'un événement politique l'amena, pour entendre les nouvelles à l'appareil de T.S.F., chez un cabaretier de village. Il but un litre de vin, et sur le chemin du retour entra en fureur et s'attaqua au

premier bûcheron qu'il rencontra. Nous avons appris, bien longtemps plus tard, que ce malade avait dû, plusieurs années auparavant, abandonner une situation administrative à la suite d'un meurtre impulsif, sa femme s'était déjà séparée de lui parce qu'il la menaçait sans cesse de la tuer. Réintégré en asile, le malade, rapidement devenu l'un des meilleurs travailleurs de l'exploitation agricole, devait à nouveau manifester des impulsions homicides.

Ne prenons jamais en Colonie familiale un déséquilibré qui, sous le coup de l'impulsion, a proféré des menaces de mort, même s'il n'a pas encore tenté de les mettre à exécution : il est un meurtrier en puissance, l'alcool peut le faire passer à l'acte. Nous avons l'obligation de l'écarter.

*
**

Une seconde contre-indication, d'un caractère plus anodin, mais non moins formelle, réside dans les signes de *démence profonde*, quelle qu'en soit la nature, avec le *gâtisme* total ou l'incontinence d'urine habituelle. Souvent ils coexistent avec l'insomnie, la turbulence nocturne, l'excitation diurne, une loquacité incessante, la malpropreté ou l'incurie complète, des réactions violentes, la laceration du linge et des effets, enfin, la désorientation et les fugues. Ces inconvénients, auxquels s'ajoutent parfois aussi l'érotisme, le vol, la coprophagie, furent bien observés en 1900 et en 1901 lorsqu'on n'envoyait en Colonie que des hommes âgés de plus de 60 ans, puis de plus de 50 ans, parmi lesquels il y avait de nombreux déments séniles ou organiques très avancés.

Ce sont là des malades d'asile typiques. Dans les familles payannes, ils ne rencontrent, en admettant qu'on les accepte, aucune des conditions de leur traitement.

*
**

Puis ce sont les *fugues* très nombreuses, et les vraies tentatives d'*évasion*, qui le sont beaucoup moins.

Il en est qui se produisent dès le lendemain du placement. Des déments, des idiots, des confus partent devant eux au hasard, suivent le premier chemin venu, ils s'égarent, errent sans but et sans souci du retour. L'élément délirant s'associe dans les fugues les plus fréquentes, celles des déments précoces, des paranoïdes, des paralytiques généraux.

Certains débiles sont d'incorrigibles fugueurs à répétition : l'un d'eux, A., atteint de débilité accentuée et interné en 1897 pour un accès délirant, fait à 34 ans un premier séjour du 28 novembre 1902 au 8 janvier 1903, jour où il s'évade et retourne à Paris chez sa mère qui le garde quelques mois. Un second séjour, du 23 décembre 1903 au 10 août 1904, se termine de la même manière. Lors du troisième essai du 24 septembre au 20 décembre 1907, à la suite de deux fugues, le malade est replacé en asile fermé. Débile calme et habituellement apathique, A. reste un vagabond invétéré et inintimidable auquel le placement familial n'est pas applicable.

Un imbécile qui s'estime apte à gagner sa vie part se placer comme domestique. Un délirant polymorphe va visiter la cathédrale de Bourges et erre dans la ville. Un halluciné reçoit de ses voix l'ordre d'aller retrouver le général sous les ordres duquel il a servi ; un autre est appelé de la même manière à donner ses soins à des malades de communes éloignées !

D'autres malades partent à l'occasion de colères, de moments d'excitation passagers.

Les évasions de première année représentent comme les réintégrations de première année, la moitié du nombre total des évasions (49 sur 98) et répondent aux mêmes causes que les fugues dans lesquelles les malades ne s'éloignent guère ou sont rattrapés. Les délirants en général regagnent Paris, rentrent dans leur famille, parfois même dans l'Asile d'où ils viennent ; un de nos paranoïdes, en 1932, a mis quinze jours de marche pour regagner Ville-Evrard, sans que personne au cours de cette longue odyssee n'ait été frappé par son aspect de clochard et son étrange accoutrement.

Chez trois grands délirants, des tentatives répétées de placement à plusieurs années d'intervalle ont vu se reproduire des évasions stéréotypées pour des motifs hallucinatoires identiques. Les *persécutés migrants* sont fatalement appelés à repartir. L'un d'eux, de B., s'évade au bout d'un mois de séjour, le 8 janvier 1910. Né au Canada, il avait, sous l'influence de ses persécuteurs qui l'électrissent, successivement habité et fui Montréal, Mexico, le Kansas, Chicago, Paris, de nouveau New-York, Paris encore. A Ainay, il recherche un placement de choix en ville, puis regagne Paris où on le réintègre dans les Asiles.

La vie d'asile ne renseigne que très peu le médecin sur cette tendance aux fugues : tout y est disposé pour la contenir. En dehors des vagabonds invétérés et des persécutés migrants, seule l'expérience peut trancher.

Il est un point cependant sur lequel notre attention a été attirée : on ne peut envoyer les malades en Colonie *que s'ils ne s'y opposent pas de façon formelle*. La grande majorité accepte ce déplacement sans protestation et s'en montre ensuite satisfaite. Un certain nombre, psychasthéniques et déprimés, ont besoin d'y être poussés, ils ne sauraient prendre la décision d'eux-mêmes, pourtant dans la suite ils en témoignent beaucoup de reconnaissance. Par contre, un petit groupe élève une protestation, le plus souvent délirante et très ferme. Nous avons dû réintégrer en asile un débile hypocondriaque qui ne cessait de clamer avec une véhémence inoubliable « son horreur de la campagne ».

Si le médecin de la Colonie conserve ses malades, c'est par une sorte d'accord tacite entre eux et lui : les moyens de coercition ne peuvent et ne doivent pas avoir à s'exercer. Tous ces gens sont, si l'on veut, internés « sur parole ». Tous n'en ont pas conscience. La force de l'habitude et l'apathie morbide suffisent d'ailleurs pour maintenir le plus grand nombre.

Mais l'opposition formelle constitue une contre-indication : le consentement au moins passif des intéressés reste une condition nécessaire.



L'*excitation* continue ou paroxystique, la subexcitation continue, les impulsions épisodiques, l'irritabilité trop fréquente ont nécessité un nombre important de réintégrations rapides chez les délirants, les paralytiques généraux, les déments précoces. Le bruit et le désordre qu'apportent ces sujets est incompatible avec la vie de famille. Chez les imbéciles, les idiots, c'est surtout la turbulence, chez les débiles pervers, les menaces et les violences.

Beaucoup moins fréquente que l'excitation, mais non moins redoutable, l'*anxiété* marquée par les idées et les tentatives de suicide nécessite le prompt retour à l'asile. Dès la première année de séjour, elles apparaissent plus souvent chez des alcooliques, des déments séniles, que chez des mélancoliques grâce au soin méticuleux avec lequel on les trie.

Les *manifestations érotiques* se révèlent assez vite et sont bien moins fréquentes qu'on ne pourrait le croire. La masturbation, la pédérastie, la bestialité, formes inférieures de la sexualité, sont le propre de quelques déments, idiots et imbéciles qu'entraînent des pervers récemment arrivés. Des aventures amoureuses normales ne font que rarement scandale. Quelques débiles

s'exhibent, quelques paranoïdes affaiblis font des propositions aux nourricières. Chez les délirants éclosent des romans érotomaniaques que signalent les plaintes des familles.

*
**

Tous ces symptômes constituent, on le conçoit aisément, des contre-indications majeures au placement familial.

Nous sommes peut-être moins strict que nos devanciers en ce qui concerne le degré d'invalidité physique lorsque celle-ci ne s'accompagne pas de troubles du caractère trop marqués.

L'alitement, bien entendu, relève de l'Asile et non de la famille. Mais nous n'avons pas rejeté *à priori* les aveugles et les sourds-muets, nous assurant seulement avant d'accepter l'un de ces malades, qu'un nourricier dévoué est disposé à le recevoir. De même les hémiplegiques, quelques paraplégiques trouvent à Ainay de bonnes conditions de vie.

Dans tous les cas, il faut que ces sujets puissent se lever, s'habiller et manger seuls, aller par leurs propres moyens à leurs besoins élémentaires.

Il faut bien remarquer cependant, qu'en placement familial, les infirmes se montrent toujours moins valides et moins propres qu'ils ne le paraissent dans les Asiles ou dans les infirmeries.

*
**

Les décès survenus dès les premiers mois de l'arrivée en Colonie attirent l'attention sur quelques contre-indications physiques et sur la nécessité d'un examen viscéral complet. Nous relevons 34 décès survenus au cours des six premiers mois de séjour, le tiers portant sur les quatre premières années de l'établissement. Ils sont dus surtout à l'affaiblissement extrême de certains déments, à des hémorragies cérébrales, à des cardiopathies avec asystolie terminale ; voici encore un diabète grave, un cas de tuberculose pulmonaire avancée. Des hématomes foudroyants ont révélé deux ulcères gastriques restés latents : nous avons vu l'une d'elles se produire le lendemain de l'arrivée.

Les tuberculeux pulmonaires avec expectoration bacillifère ne peuvent être placés dans des familles. La proximité du pavillon sanatorial de Chezal-Benoît apporte maintenant de grandes facilités de réintégration et de cure. Par ailleurs, la vie au grand air, dans le climat d'Ainay, assez sédatif, peu éventé, dépourvu

de grands écarts de température se montre favorable aux convalescents, aux formes torpides et scléreuses.

*
**

Il n'est pas jusqu'à certaines *mises en liberté*, auxquelles le médecin de Colonie se trouve *en pratique* contraint par les circonstances, qui ne posent à nos yeux certaines indications... Nous relevons presque une de ces « mauvaises sorties » sur cinq mises en liberté...

Il s'agit d'anormaux parfois dangereux qui sans plus présenter de troubles mentaux légitimant l'internement ne peuvent pas plus s'adapter au placement familial qu'à aucun autre milieu, et que leur famille se décide à reprendre. Ne parlons pas d'un persécuté alcoolique halluciné, sorti sur jugement du tribunal en 1903, ni d'un dément précoce fugueur invétéré, dont la sortie fut ordonnée par le Préfet, après évasion, en 1911. Voici trois malades en congé d'essai dans leur famille, qui obtiennent leur sortie définitive, sollicitée par la famille, sous la menace du suicide, plusieurs alcooliques dans les mêmes conditions se livrent à des excès de boisson, à toutes sortes de réclamations injustifiées. L'absence de contrôle avant sortie au domicile des malades en permission ne permet pas de connaître la nécessité du maintien. Et plusieurs de ces malades durent être replacés en Asile quelques jours après leur sortie.

Ce sont des faits à éviter avec soin en ne recevant pas en placement ces grands déséquilibrés antisociaux, fléaux des familles, que M. Sérieux et ses élèves, Libert, Chatelain, Mme Bonnafous et nous-même avons retrouvés dans les châteaux-forts de l'Ancien Régime et que maintenant nous ne savons pas où abriter. Les Colonies familiales ne doivent pas, dans l'esprit des médecins des Asiles, pouvoir leur offrir un refuge. Ces sujets ne parviennent pas à s'y maintenir, ils s'y rendent coupables de nombreux méfaits, et leur passage dans une demi-liberté à laquelle ils se montrent impropres ne doit pas pouvoir, dans la suite, leur servir d'argument pour se faire rendre par les Tribunaux ou par leurs familles la liberté complète.

Etude nosologique des indications du placement familial

Nous adopterons ici une classification très simple — pour ainsi dire pragmatique — des maladies mentales, passant en revue par ordre d'intérêt qu'ils offrent pour la Colonie, les arriérés,

les affaiblis, les délirants, les alcooliques, les périodiques, puis des catégories moins importantes.

L'ARRIÉRATION MENTALE

ET LES SÉQUELLES DES ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES

On peut affirmer que les *imbéciles* et les *débiles profonds* — nous suivons ici la nomenclature de Binet et Simon — sont les meilleurs malades de la Colonie. Les débiles sont plus délicats à choisir, les idiots plus difficiles à placer. Aux arriérés, nous rattachons les épileptiques, dont le gardénal a permis d'étendre un peu le nombre en les rendant plus tolérables. Bien entendu, nous n'avons en vue ici que les adultes, puisque le placement des enfants arriérés n'est pas encore organisé en France.

Les idiots. — Avec Th. Simon, nous entendons par idiots les sujets dont le niveau mental reste inférieur à trois ans. Ils n'atteignent pas l'usage du langage articulé. Si l'on songe qu'ils sont, le plus souvent, porteurs, outre leur faiblesse intellectuelle, d'une multitude d'infirmités corporelles, il va de soi que très peu d'entre eux sont colonisables. Lorsqu'on a éliminé les grabataires, les gâteux, les bruyants, les épileptiques, les aveugles et les sourds, qu'on retranche les violents (l'un d'eux tua jadis à Ainay, un porc à coups de fourche), il ne reste qu'un tout petit nombre d'idiots inoffensifs capables de vivre à la campagne dans les cours de fermes éloignées. Ils ne peuvent se suffire à eux-mêmes, aussi leur présence exige-t-elle des nourriciers beaucoup de surveillance et de dévouement. Il n'y en a guère à la fois que 10 à 15, et certains logés non loin du centre viennent y passer la journée, chantonnant et gesticulant au milieu des autres pensionnaires.

Les imbéciles dont le niveau mental va de 3 à 6 ans, et les *débiles profonds*, qui s'échelonnent de 6 à 8 ans, donnent en général de bons résultats. Ils s'habituent bien, acquièrent des règles de conduite et s'attachent à leurs nourriciers auxquels ils rendent de petits services. Ils représentent *la moitié* des sujets qui se sont adaptés, qui ont passé toute leur vie à la Colonie ou qui s'y trouvent encore.

La turbulence, l'irritabilité, les fugues à répétition, quelques vols et l'érotisme sont les gros écueils éliminatoires. Le vol, qui apparaît rarement, mais au milieu de perversions multiples, est chez le sujet qui s'en rend coupable, continuellement répété, et de la façon la plus grossière. Nous relevons, en 1910, le cas d'un

imbécile myoclonique de 18 ans et dont un certificat, dix ans plus tôt, attestait la « préhension nulle » ; il vole des vignettes dans un bureau, du pain chez le boulanger, une boîte de bonbons à l'étalage de l'épicière, il dérobe des sous à l'église. Il reste inaccessible aux remontrances, on doit le réintégrer.

Les antécédents des malades renseignent bien mal sur leurs possibilités érotiques. Nous avons noté, chez deux imbéciles, lors de l'examen physique d'entrée, l'érection réflexe à la dénudation, qui traduit une hyperexcitabilité des centres médullaires : elle ne permet aucun pronostic quant au comportement ultérieur, ces deux sujets se sont toujours montrés d'une parfaite correction.

La série d'Ainay contient quelques cas individuels de bestialité : avec un chien (1910), des accès de fureur érotique à la vue des vaches (1933), un cas de fétichisme vis-à-vis des robes de la nourricière. La masturbation n'attire de sanctions que lorsqu'elle se fait en public, prenant alors une forme collective, ce qui fut noté deux fois (1909, 1914), ainsi que des cas isolés de pédérastie (1904) où l'imbécile joue un rôle passif, tandis que l'on retrouve sans peine l'entraîneur pervers ou alcoolique.

L'imbécile est alors victime de sa *suggestibilité*, qui l'expose, quand elle est extrême, à faire les frais de plaisanteries stupides, dues à des camarades et plus rarement à des habitants mal intentionnés. Nous avons dû réintégrer en 1934 un jeune imbécile que l'on envoyait aux fêtes de villages éloignés, où l'attendait, lui disait-on, une bonne amie. Au cours d'une semblable escapade, il s'était empalé sur les pointes du rebord d'un chariot, et la blessure avait nécessité une orchidectomie.

Certains imbéciles vieillissent vite, et au-dessus de 50 ans, déclinent assez rapidement. Ils redeviennent turbulents, parfois gâteux. La sénilité précoce de l'imbécile cesse, en dépit d'un passé favorable, de l'indiquer alors pour le placement.

Les débiles. — Contrairement au débile profond, à l'imbécile, le débile dont le niveau mental va de 8 à 10 ans n'est pas en général interné du fait de sa seule débilité. Il présente de plus des anomalies de l'humeur ou du caractère, un épisode délirant ou une infirmité physique.

Cette dernière éventualité est certes la plus favorable. En dehors des « neurologiques », il y a à Ainay des débiles simples avec forte hypoacousie, avec surdi-mutité, avec cécité, qui se sont bien acclimatés. Les aveugles sont réduits à se tenir au voisinage des maisons éloignées des routes. Les sourds-muets sont presque tous dans le bourg d'Ainay, s'y orientent bien et

rendent des services, faisant des commissions, sciant du bois, surveillant des enfants, lorsque l'espièglerie, si caractéristique de leur psychisme n'atteint pas un degré excessif de taquinerie ou de turbulence qui ne les rend plus supportables.

Nous insisterons sur trois groupes d'indésirables : le vagabond, le mythomane et les pervers.

Les débiles vagabonds ne peuvent être conservés à la Colonie que pendant un temps assez limité. Certains ont une ascendance de nomades et ne peuvent résister à l'appel de la route ; l'un d'eux, toujours à proximité des roulottes de bohémiens, s'enfuit avec eux et se fait arrêter pour outrages aux gendarmes, à Villefranche-sur-Saône. Chez d'autres, on relève un long passé de vagabondage émaillé de multiples condamnations : le dossier de Ch. (1925) en portait 92 ; Fer... fait à la Colonie un séjour de 8 ans, pendant lequel il ne cesse de s'occuper dans toute la région, toujours sur les routes. A l'occasion d'une colère, c'est, en 1925, une fugue de 10 jours, en 1932, dans les mêmes circonstances, il part et demeure introuvable.

Les débiles pithiatiques, ou seulement vaniteux, se font remarquer par leurs exigences, par leurs calomnies, leur indiscipline, ils commettent des fugues, des vols, des actes érotiques. Plusieurs veulent « se marier ». L. dérobe des accessoires d'automobile et les cache dans la forêt, pour paraître, ensuite, en fin limier, les retrouver facilement et obtenir une récompense. V. trouve le stage à Ainay « peu honorifique », se vante de tirer des pies dans le dos des gendarmes, vole une bicyclette et s'enfuit jusqu'aux environs d'Orléans.

Les pervers se montrent plus dangereux. Mais il est difficile d'apprécier, rétrospectivement, les faits qui ont motivé les termes de « mauvais instincts » (Magnan) ou de perversions instinctives. Beaucoup ne furent que des instables, qui se sont améliorés dans la suite et sont devenus de bons débiles très calmes. Ailleurs, le facteur social — abandon moral, circonstances familiales désastreuses, — a joué un rôle prépondérant, dont la Colonie atténue très heureusement les effets.

Les pervers vrais ont été souvent de bons travailleurs sous la stricte discipline des asiles. Chez les paysans, ils travaillent pour gagner de l'argent dans le but de s'évader ou de boire. Ils entrent en relations avec les malandrins du pays, ils volent, détruisent leurs effets, sabotent les outils qu'on leur confie, se montrent autoritaires, méchants envers leurs camarades plus faibles, ils cherchent à les enrôler dans les mauvais coups qu'ils montent. Tr..., hémiplégique indocile, surnois, irritable, violent, peu apte

au travail, avec deux autres malades, cambriole un hangar pour voler du vin (1912). Cr..., pervers alcoolique, ami de Tr..., transféré à Beauregard en 1910, fut, lors d'un second séjour à Ainay, de 1923 à 1924, le centre d'une bande qui boit, vole partout, fait scandale aux fêtes, à la messe de minuit.



L'évolution de l'arriération mentale fournit un élément d'appréciation qui nous a semblé intéressant et dont nous avons publié en 1935 les cas observés sous nos yeux. Mais l'ensemble des observations confirme qu'il s'agit bien d'une loi générale : beaucoup de débiles et d'imbéciles s'améliorent d'une façon notable entre 18 et 25 ans. Les progrès passent parfois inaperçus chez ces sujets dispersés au milieu des adultes, pourtant ils sont indéniables. Des crises d'épilepsie, autrefois rares, disparaissent pour toujours. Il en est de même pour l'énurèse nocturne, pour certains troubles du caractère, au premier rang desquels on note l'instabilité. En même temps diminue la débilité motrice, c'est-à-dire la raideur et la maladresse.

On ne peut donc guère apprécier l'état adulte définitif d'un débile ou d'un imbécile que vers l'âge de vingt-cinq ans. Beaucoup d'anciens « pervers » ou d'épileptiques de Bicêtre ou de la Colonie de Vaucluse ont été à Ainay, pendant toute leur vie, de très bons pensionnaires. Mais, inversement, lorsqu'après 25 ans, des débiles se font encore interner pour perversions, pour vagabondage, etc., il est inutile de tenter l'expérience du placement familial ; l'échec est par avance assuré.

Ainsi, l'on a tout intérêt à envoyer directement en Colonie, dès la sortie des services d'enfants, les imbéciles et les débiles infirmes, non pervers, qui, dans les services d'adultes, ne pourraient que contracter de mauvaises habitudes. Par contre, pour les douteux (épileptiques, pervers, instables, coléreux, gâteux urinaires), il est sage d'attendre qu'ils soient plus âgés, étant encore susceptibles d'amélioration, avant d'écarter pour eux la possibilité de s'adapter à la vie familiale.

Les épileptiques. — L'introduction du gardénal à Ainay-le-Château a sensiblement modifié le sort des épileptiques. L'épilepsie était autrefois une contrindication absolue. L'excès de crises ou de vertiges motiva maintes réintégrations.

Actuellement, malgré la répulsion qu'inspirent à un grand nombre de nourricières les crises comitiales et l'impossibilité de

mettre ces malades dans des maisons où se trouvent des enfants, on parvient à en placer environ une trentaine.

Néanmoins, de nombreux inconvénients subsistent. Le niveau mental dicte une première élimination : idiots et imbéciles épileptiques sont trop violents et excitables, trop enclins aux fugues. La démence épileptique s'exclut d'elle-même. Seuls les débiles sont adaptables.

Le gardénal n'agit pas sur certaines impulsions liées aux crises, ni sur les troubles du caractère. Le jeune D..., au cours d'une crise, se jette sur son camarade et tente de l'étrangler, il faut plusieurs hommes pour desserrer son étreinte. D'autres, pendant leurs absences, exhibent leurs organes génitaux, accomplissent des vols devant tout le monde. Nous rentrions plusieurs fois par an, à l'infirmerie, un de nos malades, pour des équivalents extatiques, avec suspension totale de la conscience, qui durent plusieurs jours. Ce mauvais moment passé, il redevenait calme, agréable et s'occupait à faire de l'élevage.

Les épileptiques grincheux ne sont satisfaits nulle part et finissent par concevoir, à l'égard des nourricières, des idées de persécution. Les excès alcooliques multiplient les accidents, déterminent des épisodes anxieux que rend encore plus pénible pour l'entourage la viscosité habituelle et l'obstination propres au caractère de ces malades.

LES AFFAIBLISSEMENTS DITS PRIMITIFS

Le groupe des affaiblissements dits primitifs comporte deux catégories : la première, formée des séniles, des préséniles, des artérioscléreux, des déments dits organiques, se montre très favorable au placement. Par contre, les déments précoces et les paralytiques généraux ne donnent dans l'ensemble que de piètres résultats.

Les déments séniles. — Il y en Colonie moins de sujets placés pour affaiblissement sénile, qu'on ne serait tenté de le croire. Aug. Marie et Vigouroux le notaient déjà en 1898. Cela tient aux éliminations massives qu'impose en ce domaine l'état de démence profonde. Ajoutons-y les amnésies de fixation persistantes avec désorientation totale, ce qui écarte en particulier les formes presbyophréniques.

Les incidents au compte des déments séniles restent tout à fait exceptionnels : quelques séniles érotiques ont déclaré en de belles épîtres, leur amour aux dames d'Ainay ; quelques autres,

obéissant à leurs idées délirantes de préjudice, réclamaient à leur nourricière des sommes élevées qu'ils auraient perdues durant leur séjour.

Par contre, de nombreux séniles calmes ont traversé à Ainay une fin de vie heureuse et dépourvue d'histoire.

Les affaiblis organiques, hémiplegiques, lacunaires, artérioscéreux simples apprécient le séjour en colonie et y réussissent bien lorsqu'ils ne sont pas déments profonds et qu'ils n'ont pas d'habitudes d'intempérance.

L'aphasie n'est pas une contre-indication si le malade est consentant, s'il n'est pas trop irritable ni complètement désorienté. L'un d'eux est à Ainay depuis plus de 20 ans, il habite non loin de la Colonie où il vient tous les jours passer quelques instants.

Les artérioscéreux cérébraux qui ont été internés à l'occasion d'épisodes délirants, le plus souvent de tonalité dépressive, avec affaiblissement intellectuel moyen, s'améliorant grâce à l'alimentation très végétarienne de la campagne et au climat régulier.

Syphilis cérébrale, paralysie générale, tabès. — D'une façon générale, les paralytiques généraux sont de bien mauvais malades de Colonie. Dès 1901, M. Truelle remarquait combien peu d'entre eux pouvaient y vivre. M. Trénel, en 1904, n'admettait que des cas à longue durée, de cas non progressifs.

La plupart d'entre eux changent sans cesse de placement, ne sont contents nulle part, prétendent faire toutes sortes de travaux dont ils sont incapables, se livrent à des fugues, s'excitent, font des actes absurdes. Ceux qui ont des idées délirantes de grandeur tentent de les réaliser.

Un de nos paralytiques généraux téléphone à la gendarmerie qu'il vient de tuer son camarade. Un autre vole 5.000 francs au maréchal-ferrant qui l'occupe. Un troisième, autrefois, allume sans le vouloir un incendie. P... soliloque à haute voix dans les rues d'Ainay, sans souci des voitures. Plusieurs errent à l'aventure, et à la suite d'une fugue, Th. meurt présentant un symptôme de vaso-dilatation paralytique, Eg., F. refusent d'être placés.

L'impaludation des paralytiques généraux a ouvert un nouveau chapitre, bientôt riche en mécomptes : les résultats sont aussi mauvais.

La vie en demi-liberté suffit à faire éclater les déficiences de ces malades que l'automatisme des asiles laissait méconnaître. C'est une absence de tenue, un érotisme, une insuffisance extraordinaire et un défaut d'auto-critique qui porte ces sujets à se croire des capacités qu'ils n'ont pas recouvrées.

Les paralytiques généraux impaludés que l'on propose au placement familial ne représentent en effet que les résultats moyens de la méthode : les vrais succès permettent une reprise de la vie sociale, et l'impatience des bénéficiaires ne leur fait pas accepter d'épreuve préalable.

Nous avons dû réintégrer tous les paralytiques généraux impaludés que nous avons essayés (une vingtaine), à l'exception de quatre : l'un portait le diagnostic de paralysie générale chez un hémiplegique infantile, il avait le comportement d'un débile calme ; un second, porteur d'un affaiblissement assez accentué, mais homogène, le réduisant au niveau d'une débilité nette, est demeuré conscient de la nécessité d'un mode d'assistance ; un troisième, de formule présénile, très placide, fut repris par sa femme ; un dernier enfin, présentait, à la suite de l'impaludation, un délire paranoïde d'anthropopathie interne : d'activité très réduite, concentré dans son délire, il était fixé dans un affaiblissement assez profond, mais se montrait docile et calme.

Il n'en fut pas de même pour un autre délire paranoïde post-malarique dont nous avons pu suivre jour par jour le développement : la richesse et l'intensité des hallucinations, le thème persécutif reporté sur l'entourage, les idées d'empoisonnement, les propos obscènes et les réactions démentielles nous contraignirent à le réinternier. Le contraste de ces deux cas comporte déjà les enseignements qui se dégageront de l'étude des psychoses hallucinatoires.

En somme, quelques paralytiques généraux se maintiennent. Ne parlons pas de ceux d'autrefois, qui cachaient souvent des alcooliques chroniques plus ou moins affaiblis. Quelques paralysies générales légitimes évoluent très lentement : après un long séjour (de 3 à 10 ans) dans les Asiles, ils deviennent de bons malades de Colonie : l'un d'eux a acquis l'aspect typique du pseudo-bulbaire. Enfin, les affaiblissements simples sans excitation constituent des éléments favorables.

La syphilis cérébrale avec localisations motrices et affaiblissement intellectuel simple donne de très bons résultats.

Quant au *tabès* avec troubles mentaux, il n'a que peu de représentants, qui restent sujets aux idées hypocondriaques, aux épisodes anxieux avec tendance au suicide, ou bien ils sont affligés d'un caractère trop désagréable et revendicateur.

Démence précoce. — La démence précoce ne fournit qu'un faible contingent d'éléments médiocres : à peine une quarantaine sur 600 malades.

La bizarrerie, l'inaffectivité, l'impénétrabilité, les tendances impulsives de ces malades, leur incurie déconcertent les nourriciers, ils se confinent, le plus souvent, dans l'oisiveté, et le séjour en demi-liberté, dans la plus grande partie des cas, ne leur est pas profitable.

Aussi nous est-il difficile de comprendre comment les déments précoces ont pu paraître à Kræpelin les malades-types de Colonie familiale. *La moitié* d'entre eux sont réintégrés pour errance et fugues. Les épisodes de subexcitation, les poussées hallucinatoires, les accès d'agitation catatonique, le gâtisme avec coprophagie, l'excitation sexuelle s'extériorisant même en présence de nourricières âgées, ou la hantise obsédante des femmes font renvoyer une bonne partie des autres. La discordance excessive, les idées de persécution et les idées hypocondriaques, même stéréotypées, les auto-mutilations, même anciennes, ne sont pas compatibles avec le placement familial.

Deux groupes bien déterminés seuls réussissent et sont même tout à fait indiqués :

D'abord les convalescents de poussées de début, qu'on étiquetait autrefois accès délirants polymorphes : ce sont ceux qui bénéficient encore mieux de *sorties précoces*, lorsque leur famille a la possibilité de les recevoir. Parfois cependant un nouvel accès vient interrompre le séjour.

L'autre indication réside dans les séquelles globales, qu'elles soient légères ou moyennes, mais assez homogènes, et comportant une activité réduite, sans atteindre l'inertie ni l'incurie avec malpropreté. « Les déments précoces, écrivait M. Trénel en 1904, sont de bons malades de Colonie. » A cette catégorie appartenaient cinq des vieux malades dont nous avons étudié la vieillesse calme et terne. L'un d'eux se trouve à Ainay depuis 30 ans. Il s'est partiellement réinséré dans la vie normale et rend de petits services. Sans aucun doute, le placement familial a exercé chez lui une influence très heureuse, tandis que demeuré à l'Asile, il aurait sombré dans une inertie stéréotypée.

LES DÉLIRES HALLUCINATOIRES ET LES AFFAIBLISSEMENTS SECONDAIRES

Le choix des délirants exige beaucoup de soin.

La colonie des femmes en admet bien plus que celle des hommes, dont les réactions sont plus violentes.

M. Truelle, dans son rapport de 1905, écartait les dégénérées raisonnantes, folles morales, persécutées-persécutrices. Cette

contre-indication, en effet, s'avère absolue. Les paranoïaques vrais ne peuvent être acceptés. Par contre, de petits interprétants qui, par exemple à la suite d'émotions, de deuils, de difficultés sociales, font, au voisinage de la cinquantaine, des bouffées délirantes, retrouvent à la Colonie le calme et peuvent, dans des circonstances favorables s'y recréer une existence dans le cadre familial de leurs nourriciers : ces sujets se rattachent, en somme, à la pathologie de la présénilité.



Beaucoup plus étendu se trouve le domaine des psychoses hallucinatoires. M. Truelle conseillait de ne prendre que des malades résignés à leur sort. M. Lwoff opposait ceux dont le délire demeure presque entièrement dans le domaine intellectuel à ceux dont les idées délirantes ont plus ou moins de tendance à passer aux actes.

L'observation de nombreux malades permet aujourd'hui, croyons-nous, d'ajouter quelques précisions à ces règles fondamentales.

L'évolution des psychoses hallucinatoires chroniques est très variable et schématiquement on peut en faire deux grands groupes. Les troubles conservent une *formule homogène* et leur comportement demeure en rapport avec leur propos et l'étendue du délire : ils répondent au type de la psychose hallucinoïde chronique classique, la décision à prendre à leur égard est, en somme, assez facile ; le caractère antisocial du délire commande les évictions nécessaires et la détermination du stade évolutif auquel on se trouve précise les possibilités.

Les phases aiguës s'excluent d'elles-mêmes, avec l'excitation que détermine la grande activité hallucinoïde. Aussi, ne peut-on recevoir en confiance ces malades, même lorsqu'ils paraissent calmes, dans les premières années d'évolution de la maladie. L'un de ceux-ci, qui depuis trente mois éprouvait au-dessus de la tête une sensation de présence fluïdique fit, à l'occasion d'un orage, lors de la détonation de fusées paragrêle, un état de terreur panophobique, suivi d'une vive reprise hallucinoïde, avec violente agitation. D'autres cas récents revêtent soit d'eux-mêmes, soit avec l'appoint d'excès alcooliques, une évolution paroxystique avec violences imprévisibles.

Chez beaucoup de ces délirants persiste pendant de longues années un état hallucinoïde subaigu, avec des poussées évolutives légères. On est tout à fait surpris de voir combien ces sujets

s'accommodent du placement familial, et maintenant que l'on possède, dans le valérianate d'atropine, un médicament capable d'atténuer l'intensité du processus hallucinatoire, les inconvénients que présentent ces malades seraient encore diminués.

Nous mentionnerons ici, en quelques mots, l'histoire d'un de nos malades qui paraît atteindre la limite des processus hallucinatoires compatibles avec la vie familiale.

Alphonse B., tapissier, est interné à 44 ans en 1930. Des voix l'inhibaient ou lui donnaient des conseils d'une manière presque continue ; il éprouvait des troubles cénesthésiques multiples, des hallucinations visuelles, auditives et olfactives ; en 1932 la T.S.F. ne le lâche plus, des idées de grandeur apparaissent : « Dieu, dit-il, est son parent ».

A Ainay, le 28 décembre 1933, il présente encore toute la série hallucinatoire, des illusions sensorielles, du mentisme, un délire incohérent de persécution sans attribution à aucune personne déterminée. L'évaporation le suit partout, dit-il. Son langage est hésitant, sa pensée incertaine. Il garde une exubérance joviale.

Les phénomènes psycho-moteurs sont particulièrement marqués. Au milieu de l'examen, il se lève, tourne sur lui-même, se rassied en demandant pardon. « Des voitures, dit-il, essayaient de l'entreprendre pour lui causer. »

Nous le plaçons, non sans quelque appréhension, chez des paysans voisins de la forêt. B., très complaisant et actif, se met au travail. Il n'a pas changé de placement, mais plusieurs fois dans l'année, il a une poussée évolutive pendant laquelle les processus hallucinatoires se font beaucoup plus violents. B. se présente alors les traits tirés, il ne peut plus travailler. Il prétend qu'il porte sur son dos et sur sa tête une charge tellement considérable qu'il ne peut marcher que le corps penché en avant, les jambes fléchies, dans une position si pénible qu'il en éprouve bientôt de fortes douleurs des pieds. Il doit s'aliter une quinzaine de jours à chaque fois, soit à son placement, soit à l'infirmerie, où il se présente alors de lui-même. Jamais il n'a eu un geste de violence ni n'a reporté une pensée délirante sur l'entourage.



Chez d'autres malades qui répondent à la formule *paranoïde*, l'atteinte est beaucoup plus dissociée, et souvent seule l'épreuve du placement permet de connaître la capacité d'adaptation du sujet. Il en est de totalement incohérents en paroles, et dont les actions sont tout à fait adéquates à la vie normale. Telle cette malade que nous présentions avec Raucoules à la Société médi-

co-psychologique, et dont l'incohérence verbale complète se limitait au délire. Lui posait-on des questions sur sa vie réelle, elle s'exprimait en phrases correctes tant qu'on ne lui parlait pas du délire. Nous l'avons envoyée à la Colonie de Dun où elle se comporte bien. La dissociation porte ailleurs sur les actes eux-mêmes, toujours le morcellement en est extrême, et l'étude de ces états « *paranoïdes* » n'est pas encore assez poussée pour qu'on en tire des règles d'action pratique.



Néanmoins nous pouvons, à propos de ces délires dissociés, planter quelques jalons sur les limites cliniques de la possibilité d'adaptation à la demi-liberté. On insistera ici sur quatre points particuliers : la *limite de désorientation incohérente*, la *nature des hallucinations*, le *contenu des idées délirantes*, l'*affaiblissement de l'activité cérébrale*.

a) *Limite de désorientation incohérente*. — Certains vieux délirants s'acclimatent sans difficulté ; d'autres, dès le placement, partent à l'aventure dans la campagne, s'égarent, se retrouvent sans étonnement dans des villages éloignés, dans les hôpitaux ou les gendarmeries des cantons voisins.

Peut-on, dans une certaine mesure, prévoir cette différence de comportement ?

Lorsqu'à l'arrivée, ces malades, également délirants et incohérents, subissent l'interrogatoire d'usage, ils se rangent semble-t-il, en deux catégories :

Les premiers font aux questions, des réponses délirantes ou erronées, mais adéquates. Ils ont 25 ans, ils arrivent de leur pays natal, ils croient vivre en 1881, ils sont le fils du Comte de Paris ou le Roi Ordre, leur nom n'est pas celui que l'état civil indique ; parfois même, ils usent de termes néologiques. Ils sont dissociés et incohérents, mais ils ont une *adhésivité mentale* suffisante, pour se recréer des conditions de vie dans l'ambiance immédiate, même s'ils ne l'identifient pas exactement.

Les autres répondent aux questions par des propos d'ordre tout différent, ils ne peuvent s'arrêter aux thèmes qu'on leur propose, ils continuent leur soliloque délirant. Ces malades ne s'habituent pas. A la première occasion, ils quitteront les nourriciers pour aller « chez le maçon », à 25 km. de là, pour « attendre les évadés du Danemark, parce qu'ils sont agglomérés par plusieurs pères »...

b) *La nature des hallucinations* dans les phases subaiguës importe plus, chose curieuse, que l'intensité même du processus hallucinatoire.

Il est remarquable que de grands délirants s'adaptent malgré la persistance d'hallucinations (et surtout d'ailleurs de pseudo-hallucinations) auditives, à moins, bien entendu, que celles-ci n'ordonnent la fuite ou le changement de résidence... les hallucinations cénesthésiques sont déjà d'un pronostic beaucoup plus réservé. Mais le fait le plus curieux que nous avons relevé dans de nombreuses observations, c'est l'impossibilité de conserver en Colonie des sujets qui présentent des hallucinations olfactives et gustatives. Ils ne manquent pour ainsi dire jamais d'en reporter l'origine à leur alimentation présente, c'est-à-dire à leurs nourriciers.

c) *Le contenu des idées délirantes.* — Ils conçoivent alors vis-à-vis de ceux-ci des idées délirantes d'empoisonnement, qu'ils expriment aussitôt, ou contiennent pendant des années, s'imposant des régimes spéciaux, ne mangeant que du pain et de la soupe, ou ne buvant que du lait. L'un trouve de la poix dans ses aliments et demande à retourner en asile pour être en sûreté ; un autre absorbe des acides dans sa boisson ou sur son pain, il s'évade ; d'autres changent de placement, à plusieurs reprises, mais sont persécutés partout. Plus rarement, les camarades sont mis en cause. L., éprouve des maux de tête lorsque son voisin se frictionne à l'alcool camphré ; c'est qu'on met dans ce produit du laudanum ou de la tête de pavot, il s'évade.

On peut noter que les idées d'empoisonnement de date très ancienne réapparaissent actives, dès l'arrivée en Colonie... Il s'agit là d'un fait général, dont il serait facile de multiplier les exemples.

D'autres catégories d'idées délirantes se montrent défavorables. Citons les idées hypocondriaques, lorsqu'elles ne relèvent pas d'un trouble physique curable ; les idées érotiques et mystiques, souvent associées. Un prêtre atteint de possession démoniaque ne put rester que quelques mois. Enfin, certains délires exigent des déplacements, un inventeur veut partir dans les mines du Brésil ; un autre prétend faire fortune en transportant des voyageurs de Laugère à Paris, dans un bateau de 2 mètres de long. De grands migrants sont pourchassés par leurs ennemis ; l'un d'eux, évadé de la Colonie, accomplit à la fin de la guerre une extraordinaire randonnée à travers la Suisse et l'Italie du Nord.

Ce sont certes là des contre-indications très spéciales.

d) Un dernier point important réside enfin dans l'*affaiblissement de l'activité cérébrale* qui conditionne la diminution de l'activité réactionnelle, tandis que le détachement plus ou moins marqué du délire marque dans ces cas, relativement favorables, le terme de l'évolution de la psychose.

Les médecins d'Ainay et de Dun ont longtemps conservé, pour désigner ces états terminaux, le terme de « Démence vésanique ». Dans la thèse de notre élève Villemetz, nous avons dégagé la conception de la démence vésanique qui appartient en propre aux Colonies familiales. Dès 1898, Aug. Marie et Vigouroux comptaient 10 déments vésaniques sur les 100 premiers malades placés et enregistraient les résultats favorables de leur placement. Il s'agit presque toujours de psychoses hallucinatoires chroniques avec phénomènes résiduels et souvent affaiblissement artério-scléreux. Nous avons, depuis lors, repris ces phases terminales des délires chroniques dans leurs modalités évolutives les plus favorables. Depuis longtemps, l'évolution propre de la psychose s'est orientée vers l'atténuation des processus hallucinatoires dont ne persistent plus, dans les meilleurs cas, que des séquelles hallucinatoires mineures. Les malades « normalisent » leurs troubles passés, ils n'en donnent plus que des explications d'apparence rationnelle, mais restent sur la défensive, dans la crainte de les voir reparaitre. Certains se séparent de leur délire, selon le processus de la scission longitudinale, ils s'en désintéressent, se refusent à écouter les voix qui les tourmentaient autrefois. Chez des sujets moins favorisés, le délire encore soutenu par des épisodes hallucinatoires fugaces, mais persistants, permet néanmoins de participer plus ou moins entièrement à la vie normale. D'autres poursuivent leurs chimères, dans le cadre réduit de la demi-liberté.

Nulle part ailleurs qu'en Colonie familiale, on ne peut être mieux placé pour l'étude psychologique de ces modalités terminales.

LES ALCOOLIQUES

Le placement des alcooliques pose des questions complexes, liées en grande partie à la variabilité des deux termes du problème : l'alcool et le terrain. Les recherches récentes de M. Dublneau mettent bien en lumière l'importance considérable de ce dernier facteur. S'il y a des alcooliques d'occasion, il y a de nombreux buveurs d'habitude dont l'imprégnation permanente émousse la volonté et affaiblit le sens moral : ils ne font aucun

effort pour guérir. Il y a aussi bien des déséquilibrés, revendeurs, instables, paranoïaques, cyclothymes, pervers, etc... chez lesquels l'alcool, même pris à doses faibles, a pour rôle immédiat de mettre en évidence l'anomalie foncière et d'en décupler les effets.

Deux catégories bénéficient du placement familial.

a) D'abord les convalescents d'alcoolisme aigu (ivresses atypiques) ou subaigu (delirium tremens), sujets jeunes qui, à la suite d'un premier ou d'un second internement, arrivent désintoxiqués des asiles, et qui présentent la volonté de guérir.

La Colonie joue pour eux un rôle de réadaptation par le salubre travail agricole. Avant la guerre de 1914, les absinthiques donnaient, dans ces conditions, de bons résultats. Néanmoins, le choix de ces sujets implique bien des réserves d'ordre social sur lesquelles nous reviendrons.

b) Les très anciens alcooliques chroniques, qui souvent ont déliré quelques années, font d'excellents pensionnaires après un long séjour d'asile (6 à 29 ans dans nos cas favorables). Ils constituent en réalité une classe d'affaiblissements secondaires, préséniles et artério-scléreux. S'ils font encore quelques excès peu après leur arrivée, ceux-ci vont en s'espaçant de plus en plus ; ces malades s'occupent régulièrement et s'attachent à leurs nourriciers.

Par contre, les *buveurs d'habitude*, amenés trop précocement, s'implantent dans leur vice, et se montrent intolérables. Les uns, bons travailleurs d'asile, ne cherchant qu'à gagner de l'argent pour boire, se montrent protestataires, voleurs, violents, obscènes, font toutes sortes de scandales. Ch..., vieil alcoolique avec épilepsie liée aux excès, arrive à Ainay après six mois d'internement. Excellent jardinier, il s'enivre souvent, refuse de se traiter, il s'enfuit 24 heures avec une malade de Dun, un mois après, s'évade emportant 500 fr. à sa nourricière. D'autres présentent des états hallucinatoires, hypocondriaques ou confusionnels persistants, avec menaces et violences, et plus ou moins tard doivent retourner en asile.

Parmi les complications graves de l'alcoolisme qui nous ont apporté de bons résultats, signalons deux cas de séquelles assez profondes de confusion mentale. Ces sujets étaient, lors de l'arrivée, dans l'impossibilité totale de s'orienter et conservaient une amnésie de fixation très accentuée. Placés tous deux chez un fermier qui ne les perdait pas des yeux, ces deux hommes d'une robuste stature sont devenus pour lui de bons aides et, au bout

d'une année, devenaient capables de se diriger d'une maison à l'autre.

Toxicomanies. — Ajoutons qu'il ne figure dans toute la série d'Ainay que trois toxicomanes, deux morphinomanes, transférés à l'occasion d'affections intercurrentes, et un cas d'éthéromanie secondaire chez un épileptique.

PSYCHOSE PÉRIODIQUE ET MÉLANCOLIE D'INVOLUTION

Les Colonies familiales sont utiles pour les périodiques à rémissions nettes et assez longues, qui n'ont pas la possibilité de les passer dans leur propre famille.

Un maniaque périodique, Francis G., garçon intelligent qui avait commencé une belle carrière coloniale, se trouve interné, pour la sixième fois, le 29 avril 1922. Ses accès durent 5 à 6 mois de forte agitation, entre eux persiste une asthénie légère, et le malade ne demande plus à sortir. Il arrive à Ainay le 29 juin 1923 et y reste jusqu'au 4 janvier 1924 ; l'accès maniaque oblige à le transférer. Le second séjour va du 1^{er} avril 1925 au 30 novembre 1926, un troisième séjour du 10 août 1928 au 19 mars 1931 ; le quatrième, du 24 mars 1932 au 16 avril 1934. Enfin Francis revient à Ainay, pour la cinquième fois, le 24 février 1936.

Ce cas démontre d'une façon particulièrement suggestive l'utilité de la collaboration suivie entre la Colonie et l'Hôpital psychiatrique voisin.

Par contre, les dysthymiques habituels, les intermittents à phases trop courtes, les circulaires n'y sont pas à leur place. Il en est de même pour les mélancoliques périodiques à fond dépressif continu, ce qui entraîne chez eux une tendance interprétative avec auto-accusation et pour les maniaques rémittents à fond de subexcitation continuelle.

Parmi les mélancolies favorables sont celles de la sclérose cinquantenaire, qu'elles constituent le premier accès du malade, ou le second dans la forme de psychose périodique à deux seuls accès. On peut rattacher à ce groupe les mélancolies « *a miseria* » décrites par Vallon et Aug. Marie en 1893. Elles donnent des résultats en rapport avec l'affaiblissement cérébral concomitant.

A l'étude de la mélancolie se joint la question de la valeur des idées et des tentatives de suicide dans les antécédents des malades.

Parmi les sujets qui ont fait à Ainay des tentatives de suicide,

plus de la moitié n'en avaient jusque-là aucune à leur actif. Sept suicides se sont réalisés en 36 ans : six par pendaison, un par intoxication ; quatre de ces malades n'avaient jamais eu d'idées de suicide antérieures : il s'agissait de deux alcooliques chroniques dans un moment de dépression consécutif à des excès, d'un dément précoce, d'un paranoïde.

La valeur des idées de suicide est avant tout fonction du stade évolutif de la maladie. L'woff excluait avec raison, en 1903, « certains mélancoliques qui se soumettent passivement à la vie d'asile », ainsi que ceux qui ont accompli des tentatives de suicide à répétition. Les observations montrent qu'il faut rejeter les sujets dont les tentatives sont *récentes* (moins de 2 ou 3 ans), ceux dont les idées de suicide sont motivées soit par un état physique ou mental, soit par des conditions sociales qui persistent ou qui se répètent, ceux dont les idées tristes reparaissent dans l'ivresse, ou sont en rapport avec les conceptions hypochondriaques.

Par contre, chez de vieux mélancoliques passés à la chronicité, les idées de suicide sont bien moins redoutables : nous avons gardé, sur la demande instante des familles, un mélancolique figé du type décrit par Medow, syphilitique présentant un léger syndrome strié, ainsi qu'un mélancolique chronique présénile, autrefois opéré de pylorectomie et qui avait été interné trois ans plus tôt avec un syndrome de Cotard complet. Tous deux, et surtout le second, extériorisaient par moments des idées de suicide fort nettes. Mais l'anxiété allait en diminuant avec l'aggravation de l'affaiblissement, bien que les formules stéréotypées se maintiennent, surtout au moment des visites annuelles de sa femme pour Pâques, « on aurait bien mieux fait de se débarrasser tous les deux », lui disait-il en 1935, mais il ajoutait aussitôt : « Je n'aurais plus le courage de le faire maintenant ». Ces malades d'ailleurs n'avaient jamais accompli de tentative, et ils étaient tous deux de la part des nourriciers l'objet d'une surveillance étroite.

AUTRES AFFECTIONS

Il ne nous reste plus qu'à consacrer quelques mots à d'autres affections bien moins souvent représentées.

L'encéphalite épidémique possède à son actif des résultats bien peu encourageants. Sur sept cas : un suicide, un vol avec violence qui fut le premier signe révélateur de la maladie chez un débile, un fugeur ; trois sujets rendus acceptables par le

ralentissement extrême de leurs mouvements et de leur pensée, et qui sont de grands infirmes ; enfin un convalescent de troubles du caractère, resté bien instable et repris par sa famille. Les perversions si fréquentes de ces malades, leurs tendances impulsives, leurs raptus anxieux les font écarter dans la presque totalité des cas.

Dans la *chorée chronique* (6 cas), la terminaison par le suicide, fatale pour certains auteurs, s'est réalisée une fois à l'infirmerie, où le malade était en observation. Un autre fut tué en 1904, les quatre autres durent être réintégrés à cause de leurs troubles psychomoteurs, en particulier l'impulsion à jeter devant eux des pierres, des bâtons, etc... Il faut donc devant ces résultats fâcheux écarter par principe les choréiques chroniques.

Restent les *psychonévrosés*. Les hystériques et les mythomanes ne peuvent s'accoutumer au milieu simple de la Colonie dans lequel ils intriguent et ne peuvent être compris. A Ainay, les psychasthéniques obsédés et douteurs demandent également un effort psychologique trop grand de la part de l'entourage. Ils ne peuvent en bénéficier qu'à la faveur de la sclérose cinquante-naire, et toujours d'ailleurs ils aspirent à rentrer dans le cadre homofamilial.

*
**

LES MÉDICO-LÉGAUX

Bien que le fait puisse sembler paradoxal, les malades qui avaient, dans leurs antécédents, commis des actes graves, meurtre, attentat à la pudeur, gros vol, etc..., n'ont pas toujours été exclus « a priori ».

Certains ont même fait d'excellents pensionnaires... Un alcoolique délirant qui, à 36 ans, avait tué un de ses ouvriers, se montre à Ainay, de 59 à 63 ans (décès), calme et inoffensif. Un délirant halluciné qui avait tenté de tuer sa femme fut également tranquille de 1900 à 1925, où il mourut âgé de 91 ans.

Notre prédécesseur, M. Ameline, avait amené avec lui à Ainay un débile qui l'avait, dans un autre établissement, violemment frappé à coups de chaise ; ce malade se tient bien, malgré quelques excès alcooliques. Un débile, ancien épileptique, s'était rendu coupable d'une tentative de viol, en 1888, pendant 27 ans, il n'a donné lieu en Colonie à aucun reproche. J'en pourrais citer plusieurs autres, parmi les malades d'autrefois.

Nous pensons qu'il faut pour le moins exclure tous les sujets qui ont commis leur crime dans un état demeuré stable depuis

lors, qu'il soit constitutionnel ou acquis, mais chronique. Par contre, lorsque l'acte est lié à une phase évolutive qui a régressé et disparu, il est demeuré purement épisodique, et dès lors ne pourrait entraîner de décision irrémédiable. Est-il besoin d'ajouter qu'en cette matière, on ne peut trop s'informer et réfléchir avant d'accueillir de tels malades ? La responsabilité morale du médecin de Colonie est trop lourde pour qu'on puisse tenter une expérience incertaine.

CONCLUSIONS SUR LES INDICATIONS PSYCHIATRIQUES DU PLACEMENT DES HOMMES A LA COLONIE D'AINAY

Au seuil de cette étude, purement objective, répétons-le, car toutes les remarques qui la composent répondent à des observations de malades précises, quelles conclusions pouvons-nous dégager ?

Avant tout, *l'indication psychiatrique fondamentale réside dans la débilité mentale profonde et l'imbécillité, les affaiblissements d'intensité moyenne* de la démence sénile, de la démence organique, de la syphilis cérébrale, des psychoses hallucinatoires chroniques, de l'alcoolisme chronique, des mélancolies d'invololution.

Pour employer un terme que nous avons proposé autrefois, *le domaine électif des Colonies familiales* est donc celui de *l'insuffisance cérébrale de moyenne intensité*.

Il faut y joindre *le groupe*, encore peu développé à Ainay, mais qui semble destiné à un bel avenir, des *convalescents d'accès aigus* confusionnels, alcooliques, hallucinatoires, périodiques ou relevant de la démence précoce.

Quelques grands symptômes créent des *contre-indications majeures*, qui permettent d'éliminer d'emblée de mauvais éléments : impulsions violentes, démence profonde, gâtisme, fugues, excitation et anxiété, érolisme, impotence physique. L'acceptation au moins passive, par les intéressés, du départ en Colonie paraît indispensable.

Nous avons, en outre, insisté sur la valeur pronostique fâcheuse de certains signes : désorientation incohérente totale, hallucinations gustatives et olfactives en activité, idées d'empoisonnement, idées hypocondriaques actives, mythomanie, perversité vraie, violences, idées récentes de suicide.

Insistons enfin sur un dernier point, pour répondre à l'objection trop souvent faite par les directeurs d'asile aux médecins

de l'Assistance familiale : un « bon » *malade d'Asile* n'est pas forcément un bon sujet de Colonie. Des mélancoliques, des pervers, des alcooliques figurent parmi les meilleurs travailleurs des Asiles. Bien encadrés, ils rendent de grands services. Mais pourtant, le médecin de Colonie ne demandera pas à les prendre : il sait bien qu'en demi-liberté, ces sujets verraient reparaitre l'anxiété, qu'ils feraient des excès de boisson ou des actes délictueux. Nous y reviendrons plus loin en situant la valeur thérapeutique du placement familial : chaque méthode trouve ses indications propres.

REMARQUES SUR LES INDICATIONS DU PLACEMENT DES FEMMES A LA COLONIE DE DUN

Le placement familial des femmes présente des indications plus étendues que celui des hommes. En effet, les femmes se montrent beaucoup moins violentes dans leurs réactions, les impulsions homicides y sont beaucoup plus rares, et l'alcoolisme beaucoup moins fréquent, ne revêt pas non plus les mêmes inconvénients que dans le sexe masculin. Aussi, grâce à leur grande expérience, les médecins de Dun, le Dr Pasturel, médecin-directeur et le Dr Chanès, médecin-chef, ont-ils parfois réduit le nombre des réintégrations de première année au dixième seulement de l'effectif des entrantes.

Il suffit de parcourir la statistique des malades traitées pour saisir les différences de la composition nosologique de la Colonie des hommes et de celle des femmes. Alors qu'aux hommes les arriérés dépassent la moitié de l'effectif, aux femmes elles n'atteignent que le tiers (927 sur 1.271 en 1934) ; on ne comptait alors qu'une épileptique. Le second rang appartient aux affaiblissements préséniles organiques et séniles (327 en 1934). Les délirants (psychoses hallucinatoires et paranoïdes) atteignent le nombre de 232, ce qui dépasse de beaucoup la proportion des hommes.

Nous avons rencontré à Dun des délirantes chroniques expansives qui vont et viennent à travers le pays, expliquant aux passants le thème de leurs préoccupations ; ce sont là des cas exceptionnels, les femmes restent beaucoup plus aisément dans leur placement que les hommes, les plus délirantes rédigent en de nombreux cahiers les messages mystiques ou le contenu de leurs hallucinations, mais la plupart reprennent auprès de leurs nourrices l'habitude des occupations du ménage.

Les paralytiques générales impaludées ont rencontré à Dun les mêmes écueils qu'à Ainay. Leur coquetterie tapageuse révèle les préoccupations érotiques, et les menus délits qu'elles accomplissent obligent à les réintégrer.

Les alcooliques chroniques sont en petit nombre, et parmi elles une série favorable est constituée par les séquelles de psychopolynévrte, où l'amnésie plus ou moins accentuée, la persistance d'une parésie des membres inférieurs interdit le retour à la vie normale, bien que le sujet soit calme et propre.

La crainte des grossesses avait fait refuser, autrefois, toutes les malades qui n'avaient pas atteint la ménopause. Elles forment toujours une grosse majorité : en 1934, sur 1.271 femmes, 1.085 avaient dépassé 50 ans. Néanmoins, l'interdiction n'est plus absolue, des débiles, des convalescentes plus jeunes sont acceptées, et le nombre des incidents demeure très minime, pour ainsi dire négligeable.

LE PROBLÈME DES INDICATIONS PSYCHIATRIQUES A L'ÉTRANGER

Le problème des indications psychiatriques du placement familial a été posé par le Prof. G. Corberi à la seconde réunion européenne d'Hygiène mentale, à la suite de la discussion de nos rapports (1935). Corberi le ramenait au dilemme : chroniques seuls, ou bien aigus et chroniques. Peut-on confier à l'assistance hétérofamiliale des sujets qui ont besoin de traitements médicaux actifs ou de psychothérapie individuelle ?

Nous ne pensons pas qu'une réponse univoque puisse être fournie, et que le problème se présente en des formes aussi simples. Nous appuyant dans ce chapitre sur un bilan objectif du passé, nous ne prétendons pas limiter ainsi le champ de l'expérience. Et ce n'est qu'après avoir étudié le mode d'action et la valeur thérapeutique propre du placement familial que nous nous demanderons ce que l'avenir pourra espérer du système.

Aussi nous bornerons-nous, en suivant la même méthode positive, d'interroger le passé du placement familial et de comparer aux données de notre expérience les résultats acquis à l'étranger.

Un premier point est généralement admis : partout on utilise le placement familial pour les malades chroniques, pour les *séquelles*. Et partout, on retrouve une majorité d'*arriérés*, « d'oligophrènes ». Puis ce sont les délires chroniques dans leurs phases avancées, les affaiblis artério-scléreux et les déments précoces calmes.

En Ecosse, Sutherland indiquait les « chroniques inoffensifs » ; le rapport du D^r Kate Fraser, en 1934, montrait la grande extension prise par les arriérés, grâce à l'organisation de l'assistance spéciale créée en leur faveur.

Kolb, en Allemagne, désigne en première ligne les imbéciles et les idiots (nomenclature différant de la nôtre), en seconde ligne les états terminaux de la démence précoce, simple ou paranoïde, puis quelques cas d'épilepsie et de paranoïa. Les idées de suicide, les actes dangereux, les tendances érotiques, la malpropreté, les affections physiques, les crises fréquentes représentent les contre-indications. La ménopause n'est pas une condition nécessaire.

En Italie, le placement familial est réservé aux chroniques. A Arezzo, le Prof. Pieraccini place surtout des schizophrènes en état de calme relatif, des préséniles et des séniles et quelques alcooliques. A Imola, Baroncini a trouvé surtout, avec les chroniques inoffensifs, des alcooliques et des épileptiques ; il substitue peu à peu aux alcooliques des schizophrènes en rémission, des phrénasténiques. Corberi demande un malade tranquille et capable, au moins partiellement, de travail : le placement familial est pour lui inséparable, en principe, de l'ergothérapie.

En Pologne, le règlement d'admission des malades dans l'Assistance familiale du département de Vilno spécifie les contre-indications éliminatoires : « agitations prolongées ou attaques fréquentes d'agitation ; tendance pathologique de bagarre, de provoquer l'incendie, de vol, d'excès génésiques avec un état psychique normal en apparence ; tendance au suicide, tendance au vagabondage, aux fugues ; état d'hébétude ; malades qui refusent continuellement de se nourrir, qui subissent des crises répétées d'épilepsie : malades malpropres physiquement et tarés qui nécessitent des soins hospitaliers (Lifszyc).

Les Suisses ont étendu le placement du côté de la « Schizophrénie » et apportent des suggestions souvent hardies. A Bâle, le D^r Riggenbach nous signalait, « en dehors de quelques épileptiques et oligophrènes, des schizophrènes chroniques », c'est-à-dire des psychoses hallucinatoires chroniques et probablement des déments précoces stabilisés. A Montreux, le D^r Christin, en 1924, s'en tenait aux indications classiques : chroniques tranquilles, débiles mentaux. Le placement de petits mentaux, de jeunes débiles, de psychopathes, lui donnait à Genève des résultats plus décevants.

H.-W. Maier signale les malades placés à la demande de la Direction de la Justice de Zurich et qui sont des médico-légaux.

J. Kläsi en compte 33, coupables surtout d'attentats à la pudeur, les sujets étaient habituellement considérés, dans les rapports annuels comme « la croix de l'Inspectorat », tandis que dans son rapport de 1923, le D^r Staehelin se félicite des résultats obtenus.

La hardiesse de cette tentative ne se comprend que si l'on dispose comme c'est, semble-t-il, le cas en Suisse, de nourriciers d'un niveau vraiment supérieur, aussi bien au point de vue intellectuel qu'au point de vue moral : elle exige des conditions absolument spéciales qui ne permettraient pas de reproduire, à la légère, un essai analogue.

Pour notre part, nous distinguerions volontiers, avec le D^r Kate Fraser, parmi les sujets qui sont entrés par voie judiciaire, ceux qui n'ont joué en somme qu'un rôle passif dans une constellation de circonstances et ceux qui ont fait la preuve de leur comportement asocial de façon définitive et persistante. Les premiers, écrit Mme Fraser, peuvent être placés avec succès chez des nourriciers bien choisis. Pour les seconds, elle estime que le placement doit au moins être précédé du traitement dans une établissement fermé. Chaque cas, bien entendu, mérite un examen individuel approfondi.

M. Repond considère avec nous la forme de la maladie mentale comme le critère essentiel. Mais il écarte « de prime abord », avec les psychoses aiguës et la grande majorité des cyclothymes, la presque totalité des organiques. Il place les imbéciles, les idiots, certains épileptiques et « avant tout cette grande classe de malades délirants chroniques, présentant les symptômes essentiels du groupe de psychose se rattachant à la schizophrénie ». Les schizophrènes sont pour lui les principaux bénéficiaires du placement familial qui, brisant l'autisme, leur fait renouer le contact avec le réel. Il montre aussi l'intérêt de la méthode pour les convalescents.

Gheel enfin reçoit tous les malades, sans sélection préalable (les médico-légaux étant toutefois écartés) et M. Sano rapportait dans son Rapport de 1924, les résultats obtenus par l'évacuation sur Gheel de la totalité de deux services d'asile en 1920 et 1921. Sur 303 malades, il y avait seulement, au bout de trois ans, 40 réintégrations : sept malades sur huit s'étaient donc révélés aptes à la demi-liberté. Sur 596 malades envoyés à la Colonie en 1923, 137 avaient dû être réintégrés dans les deux années suivantes : ici la proportion était moins bonne : quatre malades sur cinq étaient néanmoins demeurés aptes.

Avec l'organisation de premier ordre dont dispose la Colonie

de Gheel, la vigilance incessante de son personnel, et le zèle de ses nourriciers, les incidents sont rares. Alors qu'aucune restriction d'âge n'est apportée, il ne s'est produit que 25 grossesses depuis le début du siècle, ce qui répond, d'après l'amusant calcul de Sano, à neuf mois de grossesse pour quinze cents années de traitement ! Les vieux malades, devenus déments et gâteux, n'encombrent pas l'Infirmerie, puisqu'au nombre d'une centaine ils sont conservés par les nourriciers, qui ont à cœur de les garder jusqu'au bout. Et les malades aigus, dans une certaine mesure, rencontrent chez les particuliers, avec l'alitement, tous les soins que comporte leur état.

LE PLACEMENT FAMILIAL DES ENFANTS

Il y a toujours eu quelques enfants parmi les pensionnaires de Gheel, et depuis 1922, nous l'avons vu, M. Vermeylen a inauguré, à la Colonie, une section spéciale d'enfants anormaux. Les indications en sont très larges, et en 1924, on y trouvait 163 garçons et 15 filles. Sur ces 178 enfants, il y avait 133 « enfants du juge », c'est-à-dire 133 enfants ayant commis des délits, la plupart du temps légers et dus surtout à l'influence des mauvais milieux où ils avaient vécu (Vermeylen).

De ces 178 enfants, 82 % avaient dépassé 14 ans : 95 d'entre eux avaient même plus de 16 ans. D'après leur niveau mental, ils se classaient ainsi : 11 idiots, 27 imbéciles, 72 débiles profonds, 53 débiles légers, 14 de niveau normal, mais instables, épileptiques ou de caractère difficile. En 1927, la section comprenait, sur 254 enfants, 39 idiots, 92 imbéciles, 123 débiles profonds et débiles (Mme Jacobi).

En France, Manheimer-Gommès avait jadis étudié les possibilités de l'Assistance familiale des enfants arriérés. S'il indiquait le maintien à l'asile des arriérés, gâteux, invalides, apathiques et dangereux, il conseillait l'assistance dans leur propre famille des dégénérés simples, des débiles simples qui devraient être envoyés par leurs parents dans des classes spéciales : une tentative faite à Sainte-Anne par Magnan ne dura qu'un an (1883-84). Manheimer estime que le placement hétérofamilial des débiles et des imbéciles décongestionnerait utilement les asiles. Il étend, de plus, l'indication aux débiles sourds-muets, qui, d'après lui, représentent environ 30 % de la population des Instituts spéciaux.

Une tentative fut faite à Ainay, en 1906, sur la proposition de M. Poiry, conseiller général de la Seine. « Je demande, disait-

il, qu'on fasse un essai de placement familial pour 15 à 20 enfants de 5 à 15 ans pris parmi les enfants arriérés de Bicêtre et de Vaucluse. » La Préfecture invita les médecins à désigner de préférence les enfants qui paraissaient le moins aptes à bénéficier du traitement suivi à l'asile fermé et qui ne sont pas susceptibles d'amélioration. (Circulaire du 1^{er} mai 1906).

Le 18 juin 1906, un convoi — ce fut le seul — amenait à Ainay neuf imbéciles. On procéda alors à une curieuse épreuve : ces enfants garantis inéducables à Bicêtre et à Vaucluse furent envoyés dans les écoles publiques d'Ainay, de St-Bonnet et de Braize avec les enfants normaux. Les renseignements recueillis démontrent qu'ils n'y accomplirent aucun progrès : cet échec fit renoncer à la continuation de la tentative.

Pourtant, le résultat n'était pas si négligeable : des neuf enfants, deux seulement durent être réintégrés pour leur turbulence ; deux sont décédés ; nous avons connu les cinq autres, imbéciles calmes, dociles, qui s'étaient parfaitement adaptés.

L'épreuve ne demande donc qu'à être reprise. Auguste Ley, dès 1901, posait le problème sur son véritable terrain. Le placement dans les familles doit se faire de bonne heure, mais il faut que, soit avant le placement, soit comme l'a fait Vermeylen, parallèlement au placement, une éducation scolaire spéciale, dans une école annexée à la Colonie, forme l'enfant en vue de la vie simple qui lui est ouverte. Donc « colonisation après éducation », ou mieux encore : colonisation *avec* éducation réalisée dans une école spéciale. Telle est la formule qui semble bien celle de l'avenir.

(à suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 11 Juillet 1940

Présidence : M. MARCHAND, ancien président.

Correspondance

La correspondance comprend une lettre de M. le D^r COULÉON, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national*.

Allocution du Président

M. MARCHAND, *président*. — Les douloureux événements que nous venons de traverser n'ont pas permis à la Société de tenir sa séance ordinaire du mois de juin. En ouvrant la séance d'aujourd'hui, je tiens à dire combien il est nécessaire, pour notre pays, de reprendre le travail, et plus encore que par le passé, de lui consacrer tout notre effort.

PRÉSENTATIONS

Sentiment de dépersonnalisation chez une mélancolique anxieuse, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN.

Marcelle B. est une mélancolique anxieuse, hospitalisée depuis plusieurs mois. Elle présente un délire de dépersonnalisation, qui semble s'être précisé après un traitement par le cardiazol. D'autre part, l'étude de ses antécédents permet de mettre en évidence une tendance psychasthénique certaine. Il nous a paru intéressant, en rapportant ce cas, de discuter l'importance relative des facteurs : terrain ou traitement, qui semblent être intervenus dans la genèse de cette psychose.

L'histoire clinique de cette malade est extrêmement complexe. Nous n'en donnons qu'un résumé, très bref, mais aussi fidèle que possible. D'ailleurs, nous pensons pouvoir, dans un prochain travail, publier cette observation *in extenso*.

I. OBSERVATION. — Marcelle B., âgée actuellement de 44 ans, a été hospitalisée le 25 mars 1938, sur certificat du Docteur Borel. Elle était atteinte d'anxiété et exprimait des idées délirantes de la série dépressive : d'incurabilité et d'auto-accusation. D'ailleurs, elle avait fait quelques jours avant son admission une tentative de suicide au dial.

Pendant les premiers mois de son séjour, la malade reste une mélancolique banale. Exceptionnellement elle fait état du caractère indicible de certaines sensations, ou emploie la 3^e personne : « Elle a fait de vilaines choses, elle était dégoûtante ».

L'anxiété restant très intense, les idées délirantes ne s'atténuant pas, la malade est soumise à un traitement par choc cardiazolique. Dès la 2^e piqûre apparaissent, de façon très nette, des idées de transformation corporelle et psychique : la tête est devenue triangulaire. La malade a l'impression d'être devenue quelque chose de vide. Elle n'aura plus le même état d'esprit, le même plaisir qu'autrefois. Le traitement est arrêté en septembre 1938. En mai 1939, une très légère amélioration semble se dessiner et une sortie d'essai est autorisée.

En juillet 1939, la malade est hospitalisée à nouveau dans un état voisin de celui qu'elle présente actuellement. Marcelle B. est confiante ; elle répond avec complaisance aux questions qui lui sont posées. Elle ne présente ni bradypsychie, ni affaiblissement intellectuel. Son attention est bonne. Elle témoigne d'un grand intérêt pour l'examen.

Elle est toujours anxieuse et son délire est fait d'idées de transformation, d'énormité et d'immortalité.

« Depuis le cardiazol, je n'ai jamais eu la sensation d'être une personne réelle, je pense être transformée, j'ai eu longtemps l'impression que je n'étais pas moi, mais je me suis reconnue à une marque à mon pied... » Elle nous dit encore : « Ce n'est pas une vie, c'est quelque chose d'intermédiaire, on ne peut savoir ce que c'est. J'ai l'impression d'être comme une masse obscure, je ne peux connaître les limites de mon corps, j'ai eu l'impression au moment du cardiazol d'avoir la tête à Londres et les pieds à Bordeaux... »

Notons que l'audience et la vision mentale sont chez elle conservées et que son délire est strictement personnel : elle ne nie ni la vie chez les autres, ni la réalité du monde.

L'examen physique est négatif. Le métabolisme basal est à peine augmenté. Tous les modes de sensibilité sont normaux.

II. ANTÉCÉDENTS. — Marcelle a des antécédents héréditaires chargés, son grand-père s'est suicidé, sa grand-mère était hypocondriaque.

Son enfance fut normale : en 1933 elle fit une sinusite assez accentuée suivie d'un accès dépressif d'une durée de 8 mois. Soignée chez elle, aux environs de Fontainebleau, elle présentait à ce moment déjà des troubles légers de la personnalité. Elle eut par instants vivre une vie nouvelle et étrange. En 1938, un peu avant d'être internée, elle fut traitée pour une dysthyroïdie, et immédiatement avant son hospitalisation, opérée d'une appendicite chronique.

Elle appartient à un milieu assez aisé : son père dirigeait une petite entreprise. Intelligente, elle passa son brevet simple à 15 ans, et son brevet supérieur l'année suivante. Elle fut sténo-dactylo, puis secrétaire jusqu'à son mariage en 1920. Alors, elle vécut heureuse pendant deux ans, jusqu'à la mort de son mari, atteint de bacillose pulmonaire. Elle se remit au travail et devint la collaboratrice, puis l'amie d'un industriel en bonneterie. Malgré toute l'affection dont celui-ci l'entourait, sa vie sentimentale était assez pénible. Son ami était déjà marié et avait un enfant. La malade tenait à ce qu'il continuât à s'occuper de son fils et le forçait ainsi à mener une vie en partie double, ce dont elle souffrait beaucoup.

Antécédents caractériels : M. B. a toujours été inquiète, prompte à l'anxiété. Ce fut une enfant timide, jouant peu, trouvant dans de longues rêveries un apaisement réel. Même dans les périodes de grande activité intellectuelle, elle était sujette à des crises d'angoisse. Depuis elle se demandait avec souffrance quel pouvait être le but de la vie, sa signification, ce qu'il pouvait y avoir au delà, trouvant dans de longues rêveries un apaisement réel.

Ainsi, en dehors de tout épisode morbide franc, Marcelle présentait-elle la timidité, la tendance anormale à l'introspection sans fin, l'anxiété latente des psychasthènes en puissance, sans que pour cela d'ailleurs elle ait fait des crises obsessionnelles nettement caractérisées.

Commentaires. — Un tel délire nous semble être l'expression d'un trouble de la conscience du moi. En effet, les thèmes délirants paraissent variés : idées de transformation physique, de transformation psychique, d'immortalité, d'énormité ; il est aisé de remarquer que l'objet de ces thèmes est unique : c'est la personnalité qui est modifiée, et elle seule. Et c'est pour exprimer cette modification indicible de la conscience du moi que la malade a recours à des expressions métaphoriques qu'elle sait inexactes : « J'essayerai bien de vous faire comprendre, Docteur, je veux faire une comparaison, mais vous ne pouvez comprendre. »

Elle se dit immortelle, mais sans conviction. D'ailleurs, que signifie pour elle le mot immortalité ? Elle est dans un état intermédiaire entre la vie et la mort. Et il en est ainsi de tout. Est-elle immense ?... Oui, il lui a semblé être immense, parce qu'elle ne peut connaître les limites exactes de son corps...

Ainsi dépouillé, réduit à ce qu'il y a de stable, ce délire, si riche en apparence, semble bâti sur un trouble élémentaire : la malade est incapable d'appréhender pleinement la réalité de son moi physique et psychique.

L'on a tendance à rattacher ce délire de dépersonnalisation au syndrome de Cotard. Il s'est développé sur un fond de mélancolie anxieuse, au cours d'un deuxième accès, et s'il diffère du syndrome typique de Cotard par une foule de détails cliniques, il s'apparente par contre aux formes frustes décrites par bien des auteurs, et l'on peut considérer ce délire de dépersonnalisation comme très voisin ou comme faisant partie des psychoses de négation. Ce qui, d'ailleurs, n'a qu'une importance très relative puisque n'infirment en rien le pronostic. Par contre, nous voulons insister sur les circonstances dans lesquelles ce délire s'est développé. Et rappelons qu'il a pris naissance, après un choc cardiazolique, sur un terrain psychasthénique.

L'action de la thérapie cardiazolique. — M. B. accuse le cardiazol d'avoir modifié sa personnalité, de l'avoir transformée : « Il y a des choses qu'un homme ne fait pas, c'est atroce, l'on ne fait pas des choses ainsi. »

L'observation, prise au jour le jour, note une sensation de transformation très nette, dès le début de la médication : « Je me sentais éclater », et plus loin : « Il me semblait que je n'aurais plus le même état d'esprit, le même plaisir qu'autrefois ». « Je ne saurai plus coudre, je ne sais plus bien où vont les aliments ». A un examen superficiel il semblerait donc que ces *idées délirantes de transformation mentale et physique* se

soient installées dès la mise en œuvre de la thérapie convulsivante ou mieux épileptogène.

Que des *sensations ineffables, indicibles* naissent d'états thérapeutiques, qui sont très proches de l'épilepsie banale, ne saurait surprendre, puisque ces états de troubles de la conscience avec sentiment de *transformation du moi et de l'ambiance* sont si fréquents dans l'épilepsie essentielle elle-même..., *Dostoïewsky*, comitial typique, ne s'est-il pas acharné à exprimer des états semblables ?...

Pourtant, à regarder de plus près les faits, il semble bien que l'on doive *écarter l'hypothèse d'une action néfaste de l'agent thérapeutique*.

Un *argument de fréquence* s'impose... Bien des intermittents ont, à notre connaissance, été traités par le cardiazol sans présenter des idées délirantes de transformation de la personnalité.

Et nous inclinons à penser que le cardiazol n'a en aucune façon créé le délire de Marcelle, mais que peut-être il a aidé à la cristallisation d'éléments qui préexistaient à toute tentative thérapeutique.

, *L'importance du terrain* nous semble au contraire primordiale. Marcelle était une psychasthénique, hyperémotive, anxieuse, déjà préoccupée du sens de la vie. Comme tous les malades de ce genre, elle éprouvait un sentiment d'incomplétude, une difficulté à se sentir pleinement vivre. L'accès dépressif intervint en diminuant encore sa tension psychologique. Et cet accès fut précédé d'une narcose pré-opératoire, puis, traversé par l'expérience douloureuse du cardiazol. Toutes circonstances propres à provoquer l'apparition d'états de conscience troublés. Grâce à la dépression psychique, ces états, normalement transitoires, ont laissé une trace profonde. Et la difficulté à se comprendre est devenue un délire de dépersonnalisation.

Autrement dit, il nous semble :

1° Que l'accès mélancolique apportant des troubles nouveaux sur un fonds déjà morbide, a permis l'efflorescence de l'inquiétude ancienne en en modifiant l'expression : du doute au délire. Les chocs thérapeutiques auraient aidé à cette évolution.

2° Nous croyons en outre que cet état dépressif tendant à s'atténuer, le délire ne demeure que grâce au frein que met la structure antérieure douteuse, à la pleine connaissance d'un moi qui tend à reprendre son état habituel.

M. J. VIÉ. — Chez une mélancolique anxieuse traitée par le cardiazol, j'ai observé la régression en deux stades du délire,

par suite de la disparition de l'anxiété. Cette jeune femme présentait un syndrome de Cotard typique avec un sentiment d'étrangeté très accentué, elle se disait une machine, une véritable bête humaine. Après le cardiazol, l'anxiété disparut peu à peu, et le syndrome de Cotard fit place à une méconnaissance systématique de l'identité et de la famille : la malade ne reconnaissait plus sa mère et demandait que l'on vînt en aide à cette pauvre femme qui recherchait sa fille et faisait erreur. A la suite d'une permission, la malade reprit la vie courante et consentit à admettre à nouveau son identité. Il y aurait beaucoup à dire sur les processus d'action du cardiazol sur les éléments du délire.

M. MARCHAND. — Dans le cas présent, c'est le fonds mental psychasthénique qui reparait et qui pousse la malade à se poser des questions sur les troubles qu'elle a présentés.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Cela s'observe fréquemment chez les malades de ville lors de la convalescence des états de dépression. Le caractère antérieur réapparaît et les tendances interprétatrices rendent cette période du traitement parfois fort pénible.

Erotomanie féminine avec transfert filial, expression de l'instinct de conservation, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN.

Ainsi que l'indique le titre de cette présentation, le cas que nous rapportons ici est complexe : Marie-Louise est érotomane, non seulement pour son propre compte, mais aussi pour celui de sa fillette de 5 ans. Celle-ci continuera le roman de la mère, et le prolongera pour ainsi dire. Le thème délirant ainsi élargi peut sembler, à première vue, être l'expression d'une psychose sous-jacente, et non d'un délire passionnel, du type de ceux décrits par G.-G. de Clérambault.

Une observation prolongée nous a amené à la conviction qu'il s'agissait bien d'un véritable délire en secteur exempt de tout apport psycho-sensoriel, étagé sur de multiples interprétations convergentes, et l'extension même du thème délirant nous a paru avoir une signification psychologique profonde.

OBSERVATION. — Voici l'observation de Marie-Louise T. Obligés à être succincts, nous présentons en bloc toutes les données relatives au personnage, avant d'exposer le délire lui-même.

Marie-Louise est âgée de 33 ans ; depuis 7 ans elle est mariée à un ouvrier menuisier précédemment divorcé. Elle eut de cette union une petite fille, maintenant âgée de 5 ans. Cette enfant lui ressemble de façon frappante, et ce détail semble avoir eu une influence considérable sur l'élaboration du délire qui a motivé son internement. Actuellement, Marie-Louise est enceinte de 8 mois environ. Physiquement normale, elle présente pourtant une hyperholosympathie marquée.

Antécédents. — De ces antécédents, nous ne retiendrons que peu de choses : elle fut réglée à 11 ans, et n'a jamais été victime de toxoinfection grave, sa vie affective aurait été assez troublée : orpheline de sa mère, vers l'âge de 11 ans, elle fut, dit-elle, l'objet d'une poursuite amoureuse de la part de son père. Elle s'est alors placée comme bonne à tout faire ; dans presque toutes ses places, elle aurait été en butte aux recherches de ses employeurs ; n'éprouvant aucune tendance à leur céder, elle aurait été obligée à en changer assez fréquemment. Tous ces renseignements sont donnés avec complaisance ; vaniteuse, sûre de son charme, Marie-Louise fait preuve d'une mendacité certaine, surtout quand elle accuse son père.

A 22 ans, elle eut une liaison, heureuse, mais courte, avec un médecin dont elle était la femme de chambre. Elle parle avec regret de cette période de sa vie et se plaint de n'avoir retrouvé dans son mariage rien de ce que lui avait donné cette aventure.

Elle reproche à son mari d'être grossier, très inférieur à elle, de ne lui donner aucune joie, ni physique, ni morale. Elle est « une insatisfait » au sens complet du mot...

Déséquilibrée neuro-végétative, vaniteuse, mythomane, légèrement érotique, désireuse de mieux-être, déçue par une union qui ne lui apportait rien de ce qu'elle avait connu, Marie-Louise vivait bien dans le climat psychologique de l'érotomanie.

Son délire a commencé en 1936, à l'occasion des troubles sociaux.

Les faits. — C'est en effet au cours de l'une des grèves de juin 1936 que Marie-Louise a rencontré devant l'usine où travaillait son mari « un homme bien vêtu, élégant, qui essayant de se frayer un passage, toucha le bras de la malade ». Dès ce moment elle ressentit une sensation étrange, indéfinissable. Marie-Louise a rencontré « l'Objet » pour la première fois. Trois semaines plus tard, nouvelle rencontre : « il causait à quelqu'un assez loin de moi ; quand je l'ai vu, je n'ai pu m'empêcher de le détailler, de le fixer. Alors il m'a regardée et s'est mis à sourire. A ce moment je me suis sentie très gênée et j'ai continué mon chemin ».

Marie-Louise souligne d'elle-même l'insistance avec laquelle elle regardait M. X. Dès cette deuxième rencontre, elle ressentit le « coup de fondre », véritable révélation, confuse peut-être, mais très instinctive, très profonde, et qui était d'autant plus sincère qu'elle était inattendue.

Marie-Louise affirme n'avoir pas compris, à ce moment, ce que signifiait son trouble, et se défend d'avoir provoqué l'Objet. M. X. s'est déclaré le premier au cours d'une troisième rencontre : « Il me souriait et me montrait par gestes qu'il me désirait. Je lui ai fait comprendre qu'il me laisse tranquille. » Presque dans le même temps, elle a connu l'identité de M. X. ainsi que sa situation sociale de riche propriétaire d'usine.

Immédiatement la poursuite amoureuse commença ; elle devint vite obsédante. M. X. la suivait partout, la faisait suivre, faisait le guet devant son logis, la provoquait, tâchait de la compromettre. Elle essayait de résister mais sans succès, d'ailleurs notons ici combien la composante orgueil et orgueil sexuel avant tout est importante dans la genèse d'un tel délire. La malade, comme le dit Clérambault, avait l'impression d'exercer « une emprise totale sur le psychisme sexuel de l'objet » : « Je le dominais, j'étais la plus forte. Il voulait me posséder. »

Marie-Louise, heureuse d'être aimée, répondant à cet amour, vécut pendant trois ans environ, de 1936 à 1939, un bonheur profond et réel ; puis elle s'inquiéta, et apparut la phase classique de dépit. Elle écrivait des lettres anonymes d'abord sentimentales, puis violemment sexuelles. Elle s'étonnait de la conduite paradoxale de M. X. qui la faisait souffrir en excitant sa jalousie, qui ne répondait pas à ses lettres. Et cette conduite paradoxale, elle l'explique ; M. X. la veut entièrement libre, il la provoque pour lui faire faire un éclat. Et pourtant il n'est pas libre lui-même, il est marié, et père de famille. Marie-Louise, elle, admet bien le partage comme Pétronie de Clérambault. La raison profonde pour laquelle M. X. la désire entièrement libre est d'après elle la suivante : « parce qu'il veut sa fille, oui, mais pas maintenant, bien sûr, mais plus tard quand il sera vieux, il aura une gentille petite maîtresse ». Ainsi Marie-Louise, sûre que M. X. la désire, mais certaine aussi qu'il désire sa fille Jacqueline, parce qu'elle lui ressemble (« Nous avons les mêmes yeux, les mêmes jambes, les mêmes cheveux »), vivra son amour, puis plus tard cédera la place à sa fille. En elle, elle revivra une seconde jeunesse, et la vie amoureuse de Jacqueline sera la continuation de celle de la mère.

Marie-Louise fit des efforts pour se rendre libre ; elle se mit à solliciter une entrevue, et un jour l'obtint par surprise. M. X., étonné, fut très froid, il apprit avec stupeur qu'il était en présence de l'auteur des nombreuses lettres reçues, et une scène orageuse éclata entre Marie-Louise et lui. Mais écoutons l'explication : « Ce n'était pas lui, il n'aurait pu être aussi froid, il s'est fait remplacer par un autre, et ceci parce qu'il avait peur que je lui fasse des reproches. » Ainsi l'illusion érotomaniaque continue, Marie-Louise trouve toujours une explication à une conduite de plus en plus paradoxale. Pourtant il y eut un fait plus difficilement accepté : M. X. remit à son mari les lettres par elle écrites. Elle se vengea presque immédiatement « en

se faisant donner un enfant par son mari, ce qui doit blesser beaucoup M. X. qui désirait en avoir un ».

La vie devint difficile au ménage, une scène violente provoque l'internement. Cette malade est maintenant en traitement depuis plusieurs mois. Elle réclame sa sortie, pour la forme, mais elle est patiente, doucement résignée, car elle a l'espoir ; si elle ne reçoit pas de nouvelles de M. X. c'est à cause de la guerre, mais l'interne, ou un beau-frère qui vient la voir sont les messagers de l'être aimé. Elle a tout pardonné. Dans un sourire, une marque d'intérêt, elle voit une promesse qu'on lui fait au nom de l'absent. « Je sais bien que ses sentiments n'ont pas changé », nous dit-elle au cours d'un dernier interrogatoire.

Commentaires. — Il est à peine utile d'insister sur les caractéristiques cliniques de ce délire. Le postulat fondamental tant discuté est ici au premier plan : c'est l'objet qui a commencé le premier, qui aime, « et d'ailleurs, l'astre n'a pas été découvert par le calcul ». Le choc passionnel est essentiel, les interprétations sont secondaires.

De ce thème fondamental dérivent comme toujours des thèmes secondaires : il y eut des travaux d'approche de la part de l'objet, des conversations indirectes avec lui, sa conduite fut contradictoire, enfin une sympathie universelle entoure les deux protagonistes, tous les voisins, la famille même du mari était pour elle.

La malade, confiante et heureuse pendant 3 ans, semblait au moment de son internement en être à la phase de dépit. Actuellement, nous la croyons à nouveau optimiste, elle est tranquille, la guerre expliquant bien des silences, elle s'en tient à de menues interprétations qui la consolent et lui donnent une certitude de bonheur futur. Ce cas est bien un cas d'érotomanie passionnelle à la manière de Clérambault. Quant au « climat psychologique », auquel nous faisons allusion, il nous semble complexe. Amoureuse, M.-L. est pénétrée de l'illusion délirante d'être aimée... Elle a subi vraiment un choc passionnel, lors de la deuxième rencontre. Et pourtant sa conduite est en partie intéressée. Elle voit ce qu'il y a de providentiel dans cette liaison, moins pour elle peut-être que pour sa fille ; elle pense en effet à la marier plus tard avec M. X. devenu vieux. Mais, ce qui nous a déterminé à rapporter cette observation, c'est avant tout la projection du sentiment érotomane dans l'avenir de l'enfant ; Marie-Louise se survit en sa fille. Elle prolonge ainsi sa vie personnelle. Orgueilleuse sexuelle, elle a la joie de retrouver dans Jacqueline, toute jeune, le même pouvoir de domination.

N'est-ce pas une illustration saisissante de la thèse qui place à la base de tout sentiment érotomaniac, une exacerbation de l'instinct de conservation, instinct d'emprise et de domination, instinct qui tend à exalter l'action personnelle, à la prolonger aussi longtemps et avec autant d'intensité qu'il est possible.

M. MARCHAND. — Cette malade semble se conduire comme une persécutée. La grossesse n'a-t-elle eu aucune influence sur son état mental ?

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Non, on n'a pas l'impression que la grossesse ait exercé une influence. La maladie évolue depuis trois ans, et la grossesse est elle-même l'effet d'une réaction morbide, puisque la malade voulut être enceinte pour se venger de l'attitude de l'Objet.

Syndrome adiposo-génital atypique avec démence, par
M. LAIGNEL-LAVASTINE, M^{lle} Suzanne BARRET et M. J. ASUAD.

Le malade que nous présentons est atteint d'un syndrome adiposo-génital un peu différent de la dystrophie de Babinski-Fröhlich.

L'obésité (poids de 90 kgs pour une taille de 1 m. 69) a une topographie tout à fait spéciale : elle prédomine au visage, au cou, aux seins, à l'abdomen où elle se localise à la hauteur des crêtes iliaques, respectant la région fessière, la racine des cuisses et les extrémités, s'accompagnant de nombreuses vergetures abdominales.

Cette obésité en ceinture de sauvetage au niveau de l'abdomen s'oppose à l'adipose en pantalon de cavalier qui caractérise le syndrome de Babinski-Fröhlich.

Comme dans ce syndrome la peau est blanche, fine, froide et douce au toucher, la consistance des tissus est ferme, la palpation est indolore, mais le pincement de la face antérieure de l'abdomen provoque une flexion des membres inférieurs.

Nous retrouvons aussi chez notre malade âgé de 27 ans des symptômes décrits par Pende (1) dans son syndrome d'adiposité hypertonique hypogénitale. Ce sont :

(1) PENDE. — Un traitement nouveau des arrêts de développement sexuel chez les adolescents. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 15. Séance du 4 novembre 1938, page 609.

l'élargissement de la racine du nez ;
 la voûte palatine ogivale ;
 la mandibule petite ;
 le volume excessif des incisives médianes supérieures ;
 la topographie à peu près comparable de l'obésité ;
 l'atrophie et l'hypotonie des masses musculaires ;
 l'importante laxité ligamentaire se traduisant par une extension exagérée des doigts, une cyphose cervico-dorsale et un effondrement de la voûte plantaire.



Mais au lieu d'un état séborrhéique du cuir chevelu, on constate une certaine sécheresse des cheveux.

Les poils très clairsemés au visage ont un aspect normal aux aisselles et au pubis.

Les organes génitaux sont peu développés.

Quant à la grande voracité signalée dans ce syndrome, il est difficile de la mettre en évidence car notre malade ne s'alimente pas seul.

Le gâtisme ne permettant pas de recueillir la totalité des urines de 24 heures, nous sommes dans l'impossibilité de conclure à l'existence d'une polyurie.

La percussion de la région sternale n'a révélé l'existence d'aucune matité liée à une hypertrophie thymique.

La rate est perceptible sur trois travers de doigts.

Citons quelques anomalies : un nævus situé à la face externe de la cuisse gauche et une pigmentation très localisée à la face externe des deux poignets.

La tension artérielle est à 13-9.

Il existe des troubles circulatoires au niveau des membres inférieurs qui ont parfois un aspect marbré et cyanotique.

Etant donné l'état d'opposition du sujet, le métabolisme de base n'a pu être pratiqué et il n'a pas été possible de réaliser, à la radiographie, de bonnes images par les techniques habituelles à cause de l'attitude du sujet.

Insistons enfin sur d'importantes modifications humorales :

l'augmentation des globules blancs (8.800) avec lymphocytose et granulopénie (50 0/0) de polynucléaires seulement ;

l'hypoglycémie à 0 gr. 7 0/0 ;

la lipémie atteint un taux anormalement élevé à 10 gr. 0/00 ;

la calcémie (0 gr. 114 0/00) et la cholestérolémie (1,54 0/00) sont sensiblement normales.

Notre malade s'écarte du syndrome décrit par Laurence Biedl et Moon (1), car la pigmentation de la rétine et les troubles osseux manquent, mais il peut être comparé aux quatre observations du syndrome de Laurence Bardel Biedl rappelées par Pesme et Hirtz (2). Il ne diffère de ces cas que par l'absence de manifestations oculaires comme le nystagmus, l'héméralopie et les modifications du fond de l'œil. Mais on retrouve la même obésité avec l'attitude spéciale des membres supérieurs dont l'avant-bras est en supination et la paume de la main tournée en avant (observation I). L'ébauche de syndactylie contribue à l'allongement de la paume. Les doigts d'aspect conique sont dépourvus de lunule.

Au point de vue psychique, on constate également l'arriération intellectuelle citée dans la plupart des observations, mais chez notre malade elle est particulièrement marquée : ce dernier ne répond à aucune question, émettant parfois quelques sons inarticulés. Il se présente, tête fléchie et inclinée tantôt à droite, tantôt à gauche. Son regard, dirigé latéralement et en bas, paraît se dérober à celui d'autrui, bien que l'intérêt qu'il porte au monde extérieur soit très restreint.

Inerte, il réagit cependant à certaines excitations extérieures (le bruit, le pincement) par quelques mouvements des yeux, de la tête et surtout des mains. Les mouvements automatiques et stéréotypés de flexion des doigts avec opposition du pouce sont

(1) LAURENCE BIEDL and MOON. — *Opht. Review*, 1866.

REILLY et LISSER. — *Endocrinologie*, 1932, Tome 16, n° 4, p. 337, juillet-août 1932.

(2) P. PESME et G. HIRTZ (Bordeaux). — Contribution à l'étude des écarts d'origine hypophysaire, *Gazette Médicale de France*, 13 octobre 1937, Tome 44, page 833.

très fréquents, remplaçant même, lors de la marche, le balancement habituel des bras.

Seuls les ordres très simples (levez-vous, marchez,) sont exécutés. Les actes plus complexes (s'habiller par exemple) sont accomplis si l'impulsion est donnée par un tiers. Il semble, d'autre part, qu'il y ait opposition à la réalisation de certains ordres (tirez la langue, ouvrez la bouche, ouvrez les yeux).

Il est difficile, d'ailleurs, chez notre malade de séparer les symptômes liés à l'arriération mentale de ceux qu'on rencontre dans la démence précoce : mutisme, inertie, désintérêt, alternance de passivité et d'opposition, stéréotypies. Aussi, faute de renseignements concernant l'évolution des troubles mentaux, le diagnostic ne peut être posé d'une façon absolue.

Rappelons enfin que d'autres syndromes adiposo-génitaux atypiques ont été étudiés par MM. Babonneix et Denoyelle (1).

Les rapprochements avec divers syndromes adiposo-génitaux voisins ont été faits pour montrer la difficulté, dans les conditions actuelles de l'endocrinologie, de pouvoir rapporter avec certitude toutes les manifestations observées à une seule perturbation endocrinienne. Nous en sommes actuellement à une période analytique où, sans multiplier le nombre des syndromes, il y a intérêt à présenter tous les cas où les symptômes morphologiques, physiologiques (hématologiques en particulier) et psychiques se combinent en proportions variées. Ces combinaisons indiquent incontestablement la nature complexe des syndromes qui relèvent de perturbations difficiles à localiser car intimement liées.

M. MARCHAND. — En voyant ce jeune homme, on peut se demander s'il s'agit d'une arriération ou d'une démence précoce catatonique. La façon dont il tient un crayon donne à penser qu'il a su écrire.

M. X. ABÉLY. — Son expression traduit de plus une discordance nette et peut-être révèle-t-elle une idéation cachée.

(1) BABONNEIX et DENOYELLE. — Syndrome adiposo-génital atypique. *Journal des Praticiens*, page 845. Séance du 11 décembre 1921 à la Société Médicale des Hôpitaux.

Lèpre et troubles mentaux. Un nouveau cas,
par M. Xavier ABÉLY et M^{lle} GRAVEJAL.

Il nous a semblé intéressant de présenter l'observation d'un lépreux atteint de troubles mentaux, les cas de ce genre étant relativement rares dans nos climats. Il pouvait être instructif de comparer ce malade à d'autres, hospitalisés depuis quelques années dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Albert S..., actuellement âgé de 50 ans, a mené une vie assez aventureuse. Après avoir exercé des métiers divers, il part en 1910 à la Guyane pour se faire marchand de bois et chercheur d'or. Il gagne largement sa vie. Mais en 1919 il commence à ressentir les premières atteintes de la maladie de Hansen. Il éprouve une gêne à la marche et les régions latéro-externes de sa jambe droite sont anesthésiées. Quelques années après apparaissent de larges pbyctènes à caractère envahissant ; les bulles pemphigoïdes font place à des taches érythémateuses, bientôt brunâtres, avec épaissement du derme. En quelques mois, les membres inférieurs, puis les membres supérieurs et le tronc sont envahis. En 1929, nouvelle recrudescence du mal ; bientôt Albert devient aveugle. Au coryza dont il souffre chroniquement succède une perforation de la cloison. En 1933 il rentre en France ; il est soigné à l'Institut Pasteur, au sanatorium de la Valbonne, et enfin au Pavillon de Malte de Saint-Louis, où il est hospitalisé depuis un peu plus de 4 ans. Actuellement, en dehors de la cécité et de la perte d'une phalange du 5^e doigt gauche, il n'existe que quelques plaques érythémateuses du membre supérieur gauche, une pigmentation noirâtre des membres inférieurs et une ulcération à caractère nécrotique siégeant au gros orteil gauche. L'examen des muco-sités nasales est négatif depuis trois ans. Il a été traité successivement par le mercure, l'huile de Chaulmoogra et le bleu de méthylène. Notre malade présentait depuis son enfance un certain degré de déséquilibre marqué par son instabilité et ses troubles du caractère. Il s'était montré cependant assez calme jusque-là et paraissait accepter son mal avec résignation. Depuis deux ans son déséquilibre s'est nettement aggravé. Il est de plus en plus irascible et violent et se croit en butte aux malveillances de son entourage. Il récrimine à propos de tout. Ce ne sont qu'allées et venues dans le pavillon, bruits incessants de portes claquées, de robinets ouverts, discussions bruyantes, cris au cours des jeux de cartes. Il ne peut ni faire la sieste, ni dormir de bonne heure comme il le désirerait. Comme il a plusieurs fois protesté en vain, il pense bientôt que ces brimades volontaires lui sont en partie destinées. Il s'en plaint à la surveillante qui lui déclare que « ce sont des idées ». Le personnel d'ailleurs méprise les malades.

Albert est surtout victime de la malveillance de deux hospitalisés qui quêtent pour les lépreux et auxquels il a manifesté son mépris. Bientôt il ne parle plus à personne. Son irritabilité augmente. Il devient injurieux, il se propose de casser une bouteille sur la tête de son voisin. Il a déjà, il y a quelque temps, brisé un pot d'eau et toutes les vitres d'une porte. Depuis 7 mois Albert ne mange presque plus, dort mal. Il a maigri de huit kilos. Il a le « cafard ». Il se plaint de céphalées et de constipation. L'internement finit par s'imposer.

Les récriminations continuent à l'asile. Il ne peut reposer tranquillement, ni se lever, ni fumer. Il est « pire qu'un prisonnier ». Notons que sa nervosité et sa dépression proviennent beaucoup plus des prétendues persécutions de son entourage que de son mal. En ce qui concerne sa maladie, il se montre optimiste, malgré sa cécité. De fait, les lésions qu'il présentait à la face ont en partie disparu.

Nous sommes en présence d'un petit délire interprétatif avec réactions coléreuses et agressives chez un sujet déjà déséquilibré, mais dont le déséquilibre paraît nettement aggravé.

Notre malade est le cinquième des lépreux hospitalisés depuis quelques années dans les asiles de la Seine. Tous venaient du Pavillon de Malte de l'hôpital Saint-Louis.

Nous allons brièvement rappeler l'histoire clinique des quatre malades qui, après être passés par l'Admission, ont été observés par plusieurs de nos collègues.

OBSERVATION I. — Edouard G., 20 ans. Interné pour excitation psychique avec irritabilité. Il a proféré des menaces contre les médecins, le personnel infirmier et les malades. Il présente surtout des troubles du caractère.

OBSERVATION II. — David L., 26 ans. Interné pour excitation psychique avec réactions coléreuses. Il menace les infirmiers et les malades. Il déclare qu'il passera par la fenêtre, si on lui ferme la porte. Il présente des idées d'empoisonnement ; il se croit atteint du tétanos et victime des rayons X... Il prétend aussi avoir trouvé le moyen de guérir certains malades et veut faire part de sa découverte aux aulorilés.

OBSERVATION III. — Louis B., 49 ans. Interné pour un état dépressif avec idées de persécution. Il croit que les malades de Saint-Louis l'insultent et veulent lui faire du mal. On cherche à se débarrasser de lui parce qu'il est indésirable. Au cours d'un paroxysme anxieux il tente de se suicider en se taillant le poignet.

OBSERVATION IV. — Stéphano V., 51 ans. Interné pour un état d'excitation avec menaces à l'égard de l'entourage, cris, hallucinations

auditives, idées de persécution et d'hypocondrie. Il présente des phases dépressives avec persistance des troubles du caractère. Au cours d'une de ces phases il a fait une tentative de suicide.

Nous nous garderons bien de vouloir, après tant d'études parues à ce sujet, tirer de ces cinq cas des conclusions générales au sujet des troubles mentaux liés à la maladie de Hansen. Si nous tentons simplement une synthèse des observations précédentes, nous remarquons que les troubles les plus fréquemment notés sont :

1) les troubles du caractère ;

2) des réactions dépressives allant jusqu'aux tentatives de suicide alternant avec des réactions agressives et hargneuses, réactions dont l'exagération dans le sens de la dépression et de l'excitation réalise une sorte de déséquilibre soit acquis, soit aggravé ;

3) des tendances paranoïaques avec idées de persécution liées soit à des interprétations, soit plus rarement à des hallucinations.

Beaucoup d'auteurs ont décrit, dans la lèpre, la prédominance des états d'indifférence, d'insouciance ou d'euphorie. Nous avons observé, avant tout, les notes paranoïaque, hargneuse, dépressive et impulsive. Il est à noter toutefois que cette humeur qui pourrait paraître légitime chez de tels malades organiques, n'est pas subordonnée à l'horreur de leur mal. Plusieurs en effet, bien que gravement atteints, se montrent optimistes en ce qui concerne l'évolution de leur maladie.

Remarquons, enfin, que la proportion des lépreux présentant des troubles mentaux, et tous venus de l'Hôpital Saint-Louis, nous paraît assez élevée, si l'on considère que le Pavillon de Malte contient aujourd'hui une trentaine de lits, mais ne s'est agrandi que peu à peu et ne comprenait qu'une dizaine de lits lorsque nous avons reçu les premiers cas de psychopathies.

M. GALLOT. — M. Philippe Decourt a signalé des réactions de ce genre, dans sa thèse sur la *Psychologie des Lépreux*, faite à l'Hôpital Saint-Louis vers 1932.

La séance est levée à 11 heures 30.

Le secrétaire des séances,
Jacques VIÉ.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Manuel de psychiatrie à l'usage du personnel infirmier, édité sous les auspices de la Société Suisse de psychiatrie, par les D^s MORGENTHALER, privat-docent de psychiatrie à l'Université de Berne, et FOREL, privat-docent de psychiatrie à l'Université de Genève, *Deuxième édition* (1 vol. in-8°, 240 pages, éditions Hans Huber, Berne 1940).

Cette deuxième édition en langue française, adaptée par le D^r O.-L. Forel d'après le texte des trois éditions en langue allemande du *Manuel de psychiatrie* du D^r Morgenthaler aura le même succès que la précédente dont certains chapitres ont été ici modifiés en même temps qu'était augmenté le nombre des illustrations, choisies très démonstratives.

Le livre s'adresse à des infirmiers déjà expérimentés et instruits, au courant de l'organisation des établissements psychiatriques. C'est un manuel d'enseignement et d'examen, mais c'est aussi un instrument de perfectionnement. Très didactique et très clair, sous une forme volontairement schématique, il contient en ses 240 pages, une matière considérable et de précieux renseignements ou conseils d'ordre théorique et pratique. Aussi atteint-il son triple but qui est : de faire comprendre aux infirmiers les malades, leurs besoins et la manière de les traiter ou de les satisfaire ; de développer aussi la collaboration du personnel infirmier avec les médecins ; enfin d'adapter le personnel médical aux rouages hospitaliers ou familiaux dont ils font partie. Tant est vrai l'aphorisme de M. Morgenthaler : « L'essentiel, en psychiatrie, est l'esprit dans lequel cette vocation s'exerce. »

Ce manuel comprend cinq parties successivement consacrées à l'exposé des notions nécessaires concernant l'homme sain (psychologie élémentaire et psychologie appliquée), l'homme malade (causes et évolution des maladies nerveuses et mentales, symptômes, psychiatrie spéciale), les soins à donner aux malades (installation, organisation, exploitation, recrutement, règlement quotidien des établissements psychiatriques, observations et rapports, soins proprement dits, comportement du personnel, rééducation et occupations des malades, cures de sommeil, d'insuline, de cardiazol, etc., relations

avec l'extérieur, décès, sorties et évasions), l'hygiène mentale et l'assistance (assistance sociale aux psychopathes, aux buveurs, aux enfants anormaux, etc., dispositions légales du droit pénal et du droit civil, hygiène et prophylaxie mentales, problèmes soulevés par la stérilisation légale, problèmes d'hygiène sexuelle), et enfin des notions sur l'histoire de la médecine mentale destinées à montrer en raccourci l'évolution des idées en psychiatrie, les erreurs passées et le chemin qui reste à parcourir.

En annexes figurent tous renseignements utiles concernant la carrière d'infirmier et d'infirmière pour malades nerveux et mentaux, un plan d'études élaboré par une Commission spéciale de la Société Suisse de psychiatrie pour la formation du personnel infirmier spécialisé, les prescriptions pour les examens de ce personnel (fréquence, jury d'examen, durée des cours, durée du stage pratique, diplôme, locaux et matériel nécessaires aux examens, etc.).

Remarquablement édité et très bien illustré, l'ouvrage, bien que de présentation luxueuse, est mis à la disposition des infirmiers à un prix inférieur à son prix de vente grâce à des dons nombreux et aux subventions recueillies par la Société Suisse de psychiatrie. On ne saurait trop féliciter ses auteurs, la Société Suisse de psychiatrie et l'éditeur pour une réussite aussi complète. Ce ne sont pas seulement les infirmiers et les candidats au diplôme d'infirmier ou d'infirmière qui pourront trouver dans cet exposé ramassé et concis, véritable résumé de la psychiatrie, des indications théoriques, des renseignements cliniques et des conseils pratiques. Si les professeurs chargés de cet enseignement y trouvent un guide, plus d'un praticien pourra également bénéficier ici des idées personnelles et de l'expérience de MM. Morgenthaler et O.-L. Forel.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Etude clinique des deux qualités du tonus musculaire, l'extensibilité et la passivité, par le Dr A. HADJI-DIMO, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine (un volume broché de 376 p., Le François, édit., Thèse, Paris 1940).

Thèse inspirée par M. André-Thomas, qui le premier différencia dans l'hypotonie l'hyper-extensibilité de la passivité du muscle, phénomènes qui ne sont pas de même nature et correspondent à des fonctions différentes. Chaque mouvement passif dans un sens donné étant limité par le groupe musculaire qui normalement déplace le membre dans le sens opposé, l'étude de l'extensibilité de ce groupe musculaire est mesurée par l'angle articulaire ainsi obtenu ; la passivité au contraire est une diminution de la résistance aux mouvements passifs ; elle est recherchée plus particulièrement par le déplacement d'un membre auquel on imprime des attitudes anormales et par l'excursion du segment distal d'un membre que l'on secoue ou fait balancer : la passivité se recherche encore dans les mouvements réflexes (réflexe pendulaire), dans ceux provoqués par une secousse musculaire mécanique ou électrique, dans la résistance active demandée au sujet auquel on communique certains mouvements.

Dans l'hémiplégie on note au premier plan les paralysies et les troubles du tonus, hyperextensibilité et passivité, ceux-ci étant parfois les premiers observés. Dans les affections avec lésions cortico-pyramidales l'extensibilité

est, en effet, constamment exagérée. Elle peut constituer le premier signe précédant l'apparition de la paralysie et des autres signes du syndrome pyramidal ; elle peut faire partie intégrante de ce syndrome ou se trouver isolée au niveau d'un membre respecté par la paralysie et la passivité. Généralement très étendue dans les paralysies flasques, elle peut encore être retrouvée dans les paralysies spasmodiques lorsque la contracture n'est pas trop accentuée.

Dans les affections cérébelleuses l'hyperextensibilité peut exister, mais elle ne fait pas partie constituante du syndrome ; elle n'en est qu'un signe inconstant et passager. La passivité, par contre, signe précoce, durable, souvent résiduel, appartient à la séméiologie cérébelleuse et représente un élément de premier ordre.

Dans les syndromes extra-pyramidaux choréiques le tonus est ou bien normal ou bien sous la dépendance de lésions associées pyramidales ou cérébelleuses ; dans les syndromes parkinsoniens, au contraire, la formule s'oppose à celle des affections cérébelleuses. L'hypotonie enfin est fréquente au cours des encéphalopathies infantiles. M. H. Dima étudie encore les modifications des qualités du tonus dans les affections du système nerveux périphérique et termine par un essai sur le mécanisme physiologique et physiopathologique de la passivité et de l'extensibilité.

R. DUPOUY.

BIOLOGIE

Les phosphatides [éthéro-solubles du plasma dans la schizophrénie (Ether-Soluble Plasma Phosphatides in Schizophrenia), par Erkki JOKI-VARTIO (Helsinki) (1 vol. in-8°, 98 pages. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, supplément XXI. Ejnar Munksgaard, Editeur, Copenhague, 1939).

Les recherches biochimiques dans la schizophrénie sont encore peu nombreuses. Le dosage des lipides a surtout été pratiqué pour connaître les variations du cholestérol. Les résultats ont été très variables. L'auteur se propose d'étudier le métabolisme du phosphore par le dosage des lécithines du plasma. Il fixe le taux moyen des phosphatides éthéro-solubles chez 20 sujets normaux, puis chez des schizophrènes à la phase aiguë, dans les états chroniques et dans les processus d'allure schizophrénique. Le taux normal est évalué à 10,22 mg. %. Dans les formes mentales aiguës la moyenne tombe à 5,79 mg. % et elle ne varie guère quand ces formes évoluent vers la chronicité. Dans les états d'allure schizophrénique, formes mal identifiées, les différences sont beaucoup moins sensibles ; le métabolisme du phosphore paraît à peine troublé. Enfin il faut signaler le relèvement du taux des phosphatides dans un certain nombre de cas traités avec succès par l'insuline et le cardiazol.

Il semble donc qu'il existe un parallélisme intéressant entre les variations des phosphatides du plasma et les phases évolutives des psychoses schizophréniques.

P. CARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Remarques critiques sur la théorie mécaniste de l'écho de la pensée,
par Henri CLAUDE et Charles DURAND (*L'Encéphale*, janvier 1939).

Intéressante étude critique consacrée à la discussion de la conception mécaniste de l'écho de la pensée exposée dans divers travaux par le Professeur Ferdinand Morel (de Genève). Envisageant ce trouble au cours des délires chroniques, MM. H. Claude et Ch. Durand se limitent ici à suivre point par point les différents arguments donnés à l'appui de la thèse « psychomotrice ». D'accord avec M. F. Morel pour « n'accorder aucune valeur acoustique aux déclarations du malade et au terme d'écho qui ne peut être qu'une image », les auteurs s'en séparent tant pour la description que pour l'interprétation des faits.

L'écho de la lecture et de la pensée leur paraît être aussi fréquemment une co-lecture et une co-pensée qu'une répétition ou un devancement de la lecture et de la pensée, s'accompagner toujours d'un sentiment pénible, parfois même d'angoisse, et se produire même au cours de l'inhibition de l'appareil phonatoire. Il existe une certaine contingence dans les modalités du phénomène de devancement de la lecture (écho anticipé) en ce qui concerne les relations de cet écho avec la lecture des mots ou des syllabes.

MM. H. Claude et Ch. Durand conçoivent ce phénomène comme un trouble beaucoup moins constant, beaucoup plus variable (des troubles différents ayant été d'ailleurs décrits sous ce même nom), et comme un symptôme inséparable d'un réseau de significations délirantes. C'est un symptôme parmi les autres symptômes dont l'ensemble constitue le délire. La pathologie du délire est irréductible à la simple apparition de symptômes positifs mais exige l'étude des conditions négatives dont il dépend, point de vue qui laisse de côté l'interprétation mécaniste. Les faits, si méthodiquement et si finement étudiés par M. F. Morel et dont il donne une description très précise, apparaissent donc, en dernière analyse, comme des manifestations des expressions kinétiques ou verbales d'un trouble global et plus profond. La pathologie d'un tel trouble, ajoutent MM. H. Claude et F. Morel, ne peut être assimilée à la description de ses symptômes.

Rappelant que le seul procédé qui réussisse régulièrement pour faire renaître l'écho de la pensée (supprimé par tout ce qui arrive à occuper le malade, à concentrer son esprit, donc très souvent par l'interrogatoire et l'examen du malade) c'est de le replacer dans son cadre délirant, de le faire « halluciner » en le faisant délirer. On ne saurait voir dans le délire un état secondaire à l'hallucination et surtout à l'écho de la pensée considéré comme primitif dans les psychoses hallucinatoires. Ce n'est pas sur des notions de mécanisme (hallucination, interprétation, imagination, etc.) que le Professeur H. Claude et ses collaborateurs basent une classification des délires, mais sur la notion de *structure délirante* (délires de structure paranoïaque, schizophrénique ou paraphrénique).

René CHARPENTIER.

Un cas d'hallucinosé chronique, par PRIVAT DE FORTUNIÉ et BELFILS (*L'Encéphale*, novembre 1938).

Affaiblissement mental et délire constituent les principaux obstacles à l'étude de l'hallucination. MM. Privat de Fortunié et Belfils rapportent un cas d'hallucinosé auditive, évoluant depuis quatre ans sans affaiblissement intellectuel et sans délire préparatoire de l'hallucination ou greffé sur cette dernière. Il s'agit d'une femme de 68 ans, sourde, atteinte de psychose maniaco-dépressive et présentant des hallucinations auditives psycho-sensorielles, uniquement sous forme d'écho de la pensée et de la lecture, qu'elle reconnaît comme pathologiques.

Les auteurs rapportent ces troubles à l'excitation mentale avec appoint onirique survenue à la suite de la commotion et de troubles circulatoires occasionnés par un traumatisme crânien. Chez la malade, qui avait déjà présenté antérieurement un accès maniaque, s'est alors déclenché un automatisme mental résultant de l'éréthisme non pas d'un centre cérébral déterminé mais de l'activité intellectuelle tout entière. Les pensées de la malade ayant pris, en vertu de cet automatisme, le caractère hallucinatoire, n'ont pas cessé d'être identifiées par la conscience et il ne s'est pas produit de dédoublement de la personnalité, ni de délire.

Faisant abstraction des hallucinations élémentaires et généralement conscientes en rapport avec des lésions cérébrales déterminées, les auteurs concluent que, quelle que soit l'importance de l'élément organique, l'hallucination à contenu idéatif, délirant ou non, ne peut être conçue comme un phénomène purement mécanique, réalisé sans l'intervention immédiate du psychisme.

René CHADPENTIER.

Le syndrome de l'automatisme mental schizophrénique, par D. KOURÉTAS et Ph. SCOURAS (*L'Encéphale*, septembre-octobre 1938).

Pour MM. D. Kourétas et Ph. Scouras les processus « du type automatique pur » : anidéismes divers, troubles mécaniques de la pensée, blocs idéo-verbaux sans contenu affectif, etc., ne se distinguent pas des processus schizophréniques. Les troubles légers du début de la schizophrénie seraient à peu près identiques à ceux que l'on observe dans la presque totalité des psychoses à base d'automatisme (psychose hallucinatoire chronique, syndromes d'influence, psychoses toxiques, etc.). De l'examen de cas de schizophrénie à leur stade initial, ils se croient autorisés à conclure que la schizophrénie, à son début, est une psychose à base d'automatisme dont il y aurait intérêt à rechercher les éléments révélateurs automatiques. Ceci, tant pour des raisons de doctrine que pour l'établissement d'un diagnostic précis dont la précocité est indispensable aux résultats thérapeutiques obtenus par la méthode de Sakel.

R. C.

Contribution aux études biotypologiques dans la schizophrénie. Les groupes sanguins, la constitution et la race, par J. PROKOP, Mlle O. SKR-LICKOVA et J. CUPIK (Travail de la clinique psychiatrique de l'université Charles IV, à Prague). (*L'Encéphale*, juillet-août 1938).

Pour rechercher les facteurs constitutionnels qui pourraient participer à l'éclosion de la schizophrénie, les auteurs ont étudié les corrélations entre la schizophrénie en général et les types morphologiques, d'une part, ainsi

qu'entre les formes cliniques de la schizophrénie et ces types morphologiques, d'autre part.

Chez les schizophrènes en général (sans distinction de forme clinique), la répartition des groupes sanguins classiques (du système AB) est à peu près la même que dans la population normale de Bohême. Chez les schizophrènes paranoïdes, les auteurs ont constaté un surplus de 6,9 % appartenant au groupe A et cela principalement aux dépens du groupe O. Quant au facteur M-N, ils ont trouvé chez les schizophrènes paranoïdes un surplus de 5 % appartenant au facteur M et cela surtout aux dépens du facteur N.

Ils n'ont pas constaté de différence entre la répartition des types constitutionnels chez les schizophrènes en général et cette même répartition chez les schizophrènes paranoïdes.

Ils n'ont trouvé dans la schizophrénie aucune prédominance d'un type de race.

R. C.

Le concept de l'hystérie (*The Concept of Hysteria*), par Paul SCHILDER. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCV, n° 6, p. 1389-1413, mai 1939.

L'attitude hystérique est pour M. Schilder un retour aux préoccupations liées à une maladie organique antérieure. L'inquiétude a développé les tendances masochistes, hypertrophié le sentiment de protection parentale (sous sa forme commune, c'est le complexe d'Œdipe) et fixé la pensée sur telle partie du corps. L'obsession prend la forme d'une neurasthénie localisée à telle partie de l'image corporelle. Les observations de M. Schilder, faites au Bellevue Hospital, sont communiquées au 94^e Congrès de l'American Psychiatric Association et suscitent l'intervention de M. Adolf Meyer qui rappelle que l'hystérique crée une maladie sur la base d'une autre maladie en la simulant. Il n'est pas convaincu par le caractère dépressif du procédé parce que dans de nombreux cas il n'a pu faire la preuve de l'importance des états organiques antérieurs. Au contraire, ce qui le frappe c'est l'état de dissociation psychique des sujets et leur indifférence mnésique. Ils vivent leur épisode hystérique comme un drame, fuyant le contrôle des réalités.

P. CARRETTE.

Les épisodes confusionnels au cours de l'évolution de la psychose maniaque-dépressive, par A. CHATAGNON et A. SOULAIRAC (*L'Encéphale*, janvier 1939).

Etudiant les états confusionnels observés au cours de la psychose maniaque-mélancolique, MM. A. Chatagnon et A. Soulairac rapportent 3 observations dont ils dégagent les principaux aspects cliniques : relative fréquence (25 %) de ces phases confusionnelles ; époque d'apparition variable, avant, pendant ou après la période d'état de l'accès maniaque ou mélancolique (manie confuse avec atténuation de la note émotionnelle, ou mélancolie confuse avec désorientation et anxiété stuporeuse pendant l'accès ; avant ou après l'accès, constitution d'une sorte de troisième période avec toutes les variations possibles dans l'ordre de succession et le balancement des trois états, le mode de passage brusque ou progressif de l'un à l'autre, l'accès confusionnel franc pouvant aussi être remplacé par des « crises de somnolence » de durée à peu près égale, équivalents mineurs de la confusion). Cette intrication incite les

auteurs à se demander s'il ne s'agit pas alors d'accès confusionnels périodiques affectant à peu de chose près le même caractère de périodicité que les accès de la série maniaque ou mélancolique ? La confusion présente d'ailleurs certains caractères particuliers : absence de délire et d'onirisme, absence de toute note émotionnelle, atteinte profonde et parfois mortelle de l'état général. L'état d'épuisement ne semble pas pouvoir être invoqué à l'origine de ces états dans beaucoup de cas où l'état confusionnel précède l'accès périodique.

Pour MM. A. Chatagnon et A. Soullairac, ces états confusionnels participent au même substratum physio-pathologique que les accès de la psychose maniaque-mélancolique. Traduction à peu près certaine d'un état d'intoxication, ils conduisent ces auteurs à penser que malgré le polymorphisme symptomatologique des autres phases, celles-ci ne sont également que la traduction de phénomènes comparables. Dans l'étiologie de la psychose maniaque-mélancolique, les dysendocrinies ont été souvent signalées. Des recherches de physiologie et de biochimie tendront à mettre en évidence les processus d'intoxication endogène et leur rôle dans l'apparition des formes infiniment variées de la psychose périodique.

René CHARPENTIER.

Recherches sur 100 malades entrés au « Service spécial des aliénés alcooliques » du département de la Seine, par J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE (*L'Encéphale*, juin 1939-1940).

Cette étude porte sur 100 sujets entrés dans le service du 12 décembre 1938 au 14 mars 1939. Laissant volontairement de côté tout ce qui a trait à la psychologie ou à la biologie du buveur, à l'appétence, aux différentes formes de développement des excès, etc., les auteurs envisagent successivement les modalités des habitudes alcooliques et la répartition des buveurs suivant la quantité et la nature des boissons alcooliques, l'âge et l'origine des sujets, les variétés de l'admission (provenance des sujets, motifs du placement, diagnostic ayant entraîné l'internement), le milieu familial (ascendants, collatéraux, vie conjugale, descendants), les antécédents (profession, passé social, internements antérieurs, maladies et accidents antérieurs parmi lesquels les traumatismes, le paludisme, la syphilis, l'épilepsie et leur association fréquente), les signes d'imprégnation alcoolique (concluant de leurs examens que les troubles du caractère seraient l'apanage des buveurs de vin, et particulièrement de vin rouge), et les résultats de l'examen clinique (terrain caractériel, syndrome psychiatrique actuel et niveau intellectuel, type morphologique, signes neurologiques ou viscéraux, tension artérielle).

Après avoir, en un résumé synthétique, montré successivement chez les buveurs avérés et chez les buveurs moyens l'aspect et l'évolution générale des troubles mentaux, MM. J. Dublineau et H. Duchêne terminent l'exposé de leurs intéressantes recherches par quelques notions particulières, insistant particulièrement sur la variabilité des signes cliniques de l'alcoolisme mental, l'importance des associations pathologiques, l'importance des troubles du caractère, constitutionnels ou acquis, comme facteur d'internement, les différences selon la nature du toxique ingéré, la discussion des rapports entre l'alcoolisme et l'épilepsie, le peu de fréquence, relativement, des troubles hépato-digestifs ou neurologiques.

L'appétence particulière, constitutionnelle ou acquise, de certains sujets

pour le toxique, la variabilité du degré de tolérance individuel permettent de prévoir l'insuffisance thérapeutique du simple sevrage. La désintoxication n'aura de valeur que complétée par des méthodes visant avant tout à modifier le terrain.

René CHARPENTIER.

Séquelles neuro-psychiatriques rares dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, avec description d'un cas (Unusual Neuro-psychiatric Sequelae of Carbon Monoxide Poisoning, with Report of a Case), par Nathan ROTH et Morris HERMAN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCV, n° 6, p. 1359-1363, mai 1939.

Les cas curables d'intoxication oxycarbonée peuvent se compliquer de troubles nerveux et psychiques dus à l'œdème cérébral et favorisés par l'artério-sclérose préexistante. Dans le cas présent on note de la confusion avec dysmnésie ainsi que des troubles aphasiques, ce qui n'est pas rare, mais en outre des perturbations du goût et de l'odorat, liées à des altérations corticales transitoires, symptômes qui n'ont guère été signalés.

P. CARRETTE.

Le syndrome catatonique des psychoses cannabiques aiguës (avec une planche hors-texte), par Ph. SCOURAS (*L'Encéphale*, février 1939).

L'auteur rapporte l'observation d'un syndrome catatonique au cours d'accidents psychosiques aigus chez un fumeur de haschich, en insistant sur l'évolution favorable du syndrome qui ne doit pas être confondu avec les accidents catatoniques des processus endogènes. Ce sont surtout les toxicomanes anciens qui présentent ces accidents catatoniques de durée variable.

L'auteur pose la question de savoir s'il s'agit dans ces cas de schizophrénies symptomatiques ou de mécanismes schizophréniques latents déclenchés sous l'influence de l'intoxication par le haschich.

René CHARPENTIER.

L'hostilité dans les cas d'hypertension essentielle (Hostility in Cases of Essential Hypertension), par Leon J. SAUL. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCV, n° 6, p. 1449-1454, mai 1939.

Les états d'hypertension essentielle ne sont pas rares chez les grands émotifs. Les chocs affectifs répétés jouent un rôle, mais il est possible que le déséquilibre neuro-végétatif, ou même des troubles sympathiques apparentés au basedowisme, facilitent le désordre cardio-vasculaire et l'installation de l'hypertension fonctionnelle. M. Saul étudie la question du point de vue des faits psychologiques qu'on trouve à la base des perturbations émotionnelles d'après quatre observations de sujets caractérisés par leur aboulie, la domination maternelle et une rébellion chronique contre toute autorité (celle du patron en particulier), des dispositions paranoïaques, la crainte des réalisations hétérosexuelles et l'impossibilité de résoudre normalement le conflit initial. Sans tirer de conclusions sur la cause de l'hypertension, l'auteur fait remarquer que, chez d'autres sujets affectés par de tels conflits et non hypertendus, les préoccupations ont été dérivées, compensées, la situation acceptée ou la solution trouvée dans la fuite.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des démences séniles, par Henri CLAUDE et J. CUEL (avec une planche hors texte). *L'Encéphale*, mai 1939.

Observation anatomo-clinique d'un état démentiel présénile lié à une atrophie cérébrale localisée et susceptible d'entrer dans le cadre encore un peu imprécis de la maladie de Pick, bien que l'examen histopathologique n'ait pas rencontré les figures de tuméfaction cellulaire accompagnées de formations argentophiles du plasma signalées par de nombreux auteurs.

Les auteurs rappellent que cet état d'affaiblissement intellectuel, survenant vers la cinquantaine et rapidement progressif, accompagné de symptômes plus ou moins accentués de lésions en foyers, est souvent d'un diagnostic difficile avec la forme de démence présénile décrite par Alzheimer. En effet, les troubles du langage manquent rarement dans la maladie de Pick et l'écho-palilalie peut y être très intense.

Toutefois, dans la maladie d'Alzheimer, le tableau aphaso-agnosio-apraxique demeure plus longtemps à peu près pur (Marcel Caron). D'ailleurs, ajoutent MM. H. Claude et J. Cuel, malgré les différences qui se trouvent habituellement dans les données anatomo-pathologiques, il est actuellement impossible de conclure que la maladie de Pick et le syndrome d'Alzheimer résultent d'une pathogénie entièrement différente.

René CHARPENTIER.

Un cas de maladie de Jakob (A case of Jakob's disease), par George BROWN et Donald BUCKLE. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXV, n° 356, p. 562-565, mai 1939.

Etat démentiel avec syndrome parkinsonien idiopathique, telle est la maladie de Jakob. Vérification anatomique : dégénérescence cellulaire corticale avec réaction gliale, état criblé des noyaux gris. Le fils de cette malade de 65 ans est un parkinsonien. Cette présentation remet en évidence les cas de paralysie agitante développés en dehors des processus post-encéphalitiques.

P. CARRETTE.

Tumeur sous-frontale bilatérale à symptomatologie affective. Etude psychologique après ablation de la tumeur et des deux pôles frontaux, par M. DAVID (de Paris) et H. ASKENASY (de Bucarest). (*L'Encéphale*, janvier 1939).

Méningiome olfactif ayant comprimé les deux lobes frontaux et donné lieu à des troubles psychiques portant plus sur la sphère affective que sur la sphère intellectuelle. Extirpation totale suivie d'une amélioration marquée des troubles mentaux.

Les troubles très particuliers de l'affectivité et de l'émotivité, aboutissant à une apparence d'indifférence, fréquents dans les tumeurs des lobes frontaux, consistaient dans ce cas non en une disparition mais en une sorte de voile de l'émotivité et de l'affectivité, émoussées plutôt que suspendues : la peur même n'avait pas disparu. Cette hypoesthésie affective et émotive des tumeurs frontales contraste cependant avec la vive anxiété, le pressentiment de la mort souvent observés dans les tumeurs de la base.

A propos de l'absence de troubles psychiques dus à l'ablation des deux

pôles frontaux, les auteurs font remarquer que cette ablation, partielle, ne concerne que les pôles, est de dimensions assez réduites, ne supprime que du tissu de mauvaise qualité, souvent pseudo-kystique, et respecte l'intégrité de la portion du lobe frontal située en arrière. De plus, la compression s'exerçant depuis longtemps, des suppléances ont eu vraisemblablement le temps de se constituer. Et en matière de troubles psychiques, les destructions déterminent parfois moins de troubles que les causes de perturbations fonctionnelles (compressions, causes toxiques, etc...).

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Langage et mouvement, par Jean LHERMITTE (*L'Encéphale*, janvier 1938).

Il semble bien que la première manifestation du langage chez l'homme ait été faite surtout de mimique gesticulatoire. Pour M. Jousse, la tendance qui a marqué chez le primitif a été le penchant à imiter, à mimer avec tout le corps et surtout avec l'aide des mains, les êtres et les objets dont le monde extérieur était peuplé. Aristote considérait l'homme comme le plus mimeur des animaux.

Si le langage verbal a pris chez le civilisé la primauté que l'on sait, il s'en faut que les langages, plus primitifs ou différents dans leurs expressions, se soient effacés. La gesticulation manuelle est l'homme même (M. Jousse). L'analyse de l'évolution psychophysiologique ne nous autorise pas à séparer le langage gestuel du langage oral, mais M. Lhermitte, prenant comme exemples pseudo-bulbaires, parkinsoniens, aphasiques, rappelle que la pathologie nous offre des exemples dans lesquels se réalise cette dissociation, les malades ayant perdu tantôt la mimique, tantôt la pensée verbale.

Bergson considère le langage comme un processus au sein duquel se réalise et se complète la double action du schéma moteur et de l'intellection, celles-ci se construisant sur des esquisses de mouvements dont le cerveau fournit la matière et qui, seules, peuvent être détruites par une lésion organique, créatrice de troubles aphasiques. Partant de cette donnée bergsonienne que toute perception comporte un élément moteur, M. R. Mourgue est d'avis que toute hallucination s'appuie, elle aussi, sur un élément moteur. L'origine centrale, établie par M. Lhermitte, des illusions des amputés, des mouvements du membre fantôme, les analogies entre la construction de la personnalité physique et l'édification de la charpente du discours, sont révélateurs du même facteur commun : l'activité einétique. Et M. Marcel Jousse a bien mis en lumière les étroites relations par lesquelles l'origine des mots se rattache à l'action. Le désordre de la pensée verbale, qui marque l'aphasie, se rattache à une fonction d'ensemble, inhérente à l'intelligence, qui consiste dans le maniement de schémas, de symboles temporels et spatiaux. Avec H. Head, Mourgue et van Woerkom, M. Lhermitte estime que le langage doit être conçu comme un des aspects de la formulation symbolique laquelle requiert pour sa réalisation la conservation d'une activité motrice élevée grâce à laquelle notre action, incessamment diverse et changeante, peut s'appliquer au réel, le saisir et le modifier.

Sublimant son *activité gestuelle*, le primitif « mimeur », pour adapter aux idées, aux abstractions, son langage mimique, parvint à l'analogie, au

symbole. Aussi peut-on retrouver dans le langage plus évolué des traces de ce langage mimique ou gestuel. Les rythmes que l'on retrouve dans le langage oral et dans bien des écrits doivent être compris comme les traces de mouvements gestuels et de mimiques dont nous percevons encore les ébauches ou les esquisses chez le conteur et l'orateur, balancements et schémas rythmiques qui sont peut-être l'essence de la poésie.

René CHARPENTIER.

Un psychologue humaniste : Charles Blondel, par H. WALLON (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1939).

Avec le professeur Charles Blondel, la psychologie française a perdu un esprit de haute culture dont M. H. Wallon, résumant les tendances et l'œuvre considérable, marque en ces termes la place dans le tableau de la pensée française : « Il est de la même lignée que ces libres esprits, pleins « de sérieux et de mesure, qui se retrouvent à toutes les étapes de notre « histoire : de commerce aimable ou même enjoué et de sensibilité « grave ou scrupuleuse ; tolérants pour les personnes mais sans indulgence pour le mal ; plus soucieux de découvrir les nuances de la vérité « que ses oppositions ; sans grande illusion sur les hommes, mais pleins « d'espoir dans le progrès humain, où viennent cristalliser, au cours des « temps, toutes les parcelles de noblesse qui peuvent se dégager des efforts « poursuivis par les générations éphémères mais solidaires. »

Entre autres ouvrages, c'est dans sa thèse de doctorat ès lettres sur *la Conscience morbide* que s'expriment le plus manifestement les éléments de la pensée scientifique de Charles Blondel. Il y marque l'opposition de la pensée pathologique et de la pensée normale. Etudiant le psychologique pur d'après le langage des aliénés, il le montre se dérochant aux distinctions les plus élémentaires de la raison.

Parmi tant de thèses originales, depuis adoptées par d'autres, il émit cette idée que l'acte dans lequel tant de doctrines mettent l'essentiel de l'individu, l'acte volontaire, est celui qui est le plus étroitement assujéti aux influences extérieures et banales de la société.

L'œuvre de Charles Blondel est un perpétuel témoignage de son goût pour les idées, Sociologue et médecin, toute sa vie montre qu'il a souhaité le bien et qu'il y a cru.

René CHARPENTIER.

L'involution mentale sénile, par Paul COURBON (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1939).

La vieillesse est l'aboutissement d'une évolution, non d'une régression. L'involution ou vieillissement est la décadence normale qu'au bout d'un temps plus ou moins long, l'usure de l'âge, en l'absence de tout agent traumatisant ou pathogène, finit par imposer à l'organisme, en épuisant son potentiel. Cette décadence se fait en deux périodes, celle de la présénilité et celle de la sénilité ou vieillesse proprement dite. La vieillesse est un état physiologique qui, lorsqu'aucune maladie ne survient, se termine spontanément par la mort, résultat de l'épuisement par usure des organes essentiels au maintien de la vie.

L'involution mentale est le processus physiologique d'épuisement psychi-

que, que l'âge suffit à déterminer chez n'importe quel individu, au bout d'un nombre d'années plus ou moins grand, sans le concours d'aucune maladie et d'aucun traumatisme. C'est ce processus qui est l'objet de cet intéressant exposé, qui se relie à d'autres importants travaux de M. Paul Courbon sur la pathologie mentale de la vieillesse.

Pendant une première période, de présénilité, l'involution mentale ne se manifeste que par la diminution de la capacité d'effort. Cette diminution de la capacité d'effort se traduit sous deux aspects : l'incontinence mentale par perte de l'effort d'action (donnant naissance à des négligences, des inadvertances, des insouciances, des nonchalancesses, des paresse, et ralentissant l'exécution des actes corrects), et l'incontinence mentale par perte de l'effort d'arrêt (donnant naissance à des intempérances de langage, des inconvenances, des imprudences, des impatiences, des impudences, des taquineries, des indiscretions, et aboutissant plus tard à la turbulence).

Dans la deuxième période, période de sénilité, l'involution mentale se manifeste par l'incontinence des émotions et des besoins, ultime effet de l'incapacité d'effort, en même temps qu'apparaissent de nouveaux symptômes : l'effritement de la mémoire et surtout de la mémoire de fixation, de l'imagination, de l'affectivité (d'où, et de plus en plus, amnésie, misoïsme, insouciance, sérénité, égoïsme, radotage, conduite automatiquement adaptée pour le général, mais non pour le particulier, vie mentale limitée à l'instant présent).

Au cours de l'involution mentale peuvent survenir des psychoses, réalisant la pathologie mentale de la vieillesse : démence sénile, maladie d'Alzheimer, maladie de Pick, presbyophrénie, délire de préjugé présénile, manie, mélancolie, confusion sénile, puérilisme mental sénile. Lorsque survient le syndrome de puérilisme mental sénile, le processus d'involution coïncide avec un processus de régression.

R. C.

Le fonctionnement de l'organisme d'après R. Goldstein, par A. GURWITSCH (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1939).

On lira avec intérêt l'étude critique dans laquelle l'auteur expose en 32 pages les idées de M. Kurt Goldstein sur le fonctionnement de l'organisme (1). Convaincu que les phénomènes biologiques doivent être ramenés à un seul et même principe dont les manifestations prennent, naturellement, des formes variables avec les circonstances, M. Goldstein renonce à expliquer le fonctionnement de l'organisme à partir de faits partiels et cherche, au contraire, à dégager d'abord ce principe central. Le système nerveux est, d'après lui, un réseau où, à divers emplacements, sont situées des cellules embryonnaires. Jamais en repos, ce système se trouve toujours dans un état d'excitation moyen. L'effet d'un stimulant, qu'il soit extérieur ou intérieur, consiste, non à troubler le repos de l'organisme, mais à accroître l'excitation moyenne, et la tâche que cette stimulation impose à l'organisme ne consiste pas à retourner à cet état primitif de repos supposé, mais à revenir à l'état d'excitation moyen. Et les diverses parties du système

(1) Kurt GOLDSTEIN, *Der Aufbau des Organismus* (1 vol., in-8°, 363 pages, Martinus Nijhoff, édit., La Haye. 1934).

nerveux n'ont pas toutes la même résonance à l'égard d'un stimulus donné. D'où la production d'un processus opposé, ou processus de figure, à un processus de fond, opposition qui constitue la forme fondamentale du fonctionnement nerveux, assure l'équilibre de l'organisme stimulé et garantit en même temps la précision de ses actions.

Le cerveau fonctionne comme un tout. Sauf à la suite de lésions subcorticales, la conséquence d'une lésion est de réduire, systématiquement et d'après un principe déterminé, toutes les fonctions, et d'altérer toutes les activités. D'où nouvelle conception de la localisation, de la spécificité, du milieu. Lorsque des données extérieures ne sont pas adéquates à un organisme, ou celui-ci n'en tient aucun compte, ou si leur intensité s'accroît excessivement, surviendront ces réactions catastrophiques que sont les états d'angoisse. Tandis que la peur est peur de quelque chose, l'angoisse se caractérise par l'absence de tout objet auquel elle puisse se rapporter. Chaque réaction doit être rapportée à l'organisme tout entier. Le fait principal de la vie de l'organisme est la centralisation, ce que traduit la comparaison du système nerveux avec un réseau.

Mais une partie du système peut être isolée, d'où une dépendance excessive du malade à l'égard des stimuli extérieurs, persévérance, intensification, diffusion de l'excitation. Cet isolement partiel expliquerait à lui seul une quantité de symptômes pathologiques. Les réflexes sont des réactions de l'organisme entier dans certaines conditions extérieures ou intérieures, par exemple dans celles de l'isolement de parties du système nerveux. De même, les phénomènes antagonistes sont créés par l'isolement. La labilité, autre conséquence de la différenciation, traduit aussi un certain isolement. L'ambivalence n'est qu'une labilité, une succession de réactions et d'attitudes opposées l'une à l'autre. Et M. Goldstein donne des faits sur lesquels s'appuie la psychanalyse des explications différentes des notions fondamentales de la doctrine de Freud.

Tout être vivant tend à réaliser sa nature dans le milieu où il vit. La tendance au comportement privilégié domine la réaction de l'organisme qui, placé dans une situation déterminée, est troublé par une stimulation donnée. Le rétablissement d'une nouvelle stabilité est une condition indispensable pour que l'organisme puisse continuer son existence. La réaction privilégiée dans un système partiel dépend de ce qui se passe dans tout l'organisme. Elle va de pair avec un comportement privilégié dans toutes les parties de l'organisme.

Une conduite inférieure, plus passive, conséquence du rétrécissement du milieu et de l'affaiblissement de la fonction d'objectivation, et qui se retrouve dans toutes les activités et tous les domaines, se substitue à la conduite supérieure, où le sujet jouit d'une certaine liberté à l'égard des réalités. Ainsi, l'idée d'une hiérarchie de fonctions, plus exactement des modes de fonctionnement, se substitue à la conception d'une hiérarchie, pour ainsi dire, matérielle.

Grâce aux fonctions et aux activités de remplacement, les malades exécutent une action quelconque, mal adaptée il est vrai, au lieu d'échouer et de subir la réaction catastrophique d'angoisse qu'entraînerait leur échec. Ce souci d'éviter les situations catastrophiques et l'angoisse est l'expression et la conséquence de la tendance à la conservation, tendance qui ne régit qu'une vie diminuée et ne se manifeste qu'à la suite d'un affaiblissement.

René CHARPENTIER.

La vision du monde chez les enfants. Une méthode pour les observer et les étudier (*The World Pictures of Children. A Method of Recording and Studying them*), par Margaret LOWENFELD. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XVIII, n° 1, p. 65-101, 8 mars 1939.

Mme M. Lowenfeld utilise pour apprécier l'intelligence et les tendances affectives normales et pathologiques des enfants une méthode d'investigation qui s'apparente aux jeux et aux tests de réalisation, laisse aux jeunes sujets l'initiative complète de leurs conceptions et ne souffre pas du handicap imposé par l'obligation graphique des écrits ou du dessin et les lacunes du vocabulaire infantile. L'auteur met à la disposition des enfants un abondant matériel métallique, de l'eau et des sables colorés qu'ils disposent à l'intérieur d'un plateau suivant leur fantaisie. Ils constituent des « mondes » réels ou fantastiques et donnent ainsi la mesure de leurs désirs et de leurs rêves, de leurs sentiments et de leur cohérence. Les documents sont photographiés suivant des angles qui permettent leur utilisation clinique sans déformations et leur succession permet de suivre les progrès éducatifs ou l'évolution des anomalies du psychisme.

P. CARRETTE.

L'idée de la mort chez les enfants, par Roger COUSINET (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1939).

La mort est d'abord pour les enfants une abstraction, l'idée la plus détachée de tout contact avec le réel, de toute origine réelle, puisqu'elle est d'abord conçue par eux comme l'opposé du réel, comme une pure cessation, comme une disparition. La pensée enfantine chemine ici de l'abstrait au concret. Les enfants commencent par nier cette abstraction comme impensable et l'enrichissent peu à peu d'éléments concrets : ressemblance avec la vie, d'abord, puis succession d'actes positifs dans laquelle le mort, par la place qu'il y tient, et le fait qu'il est la cause de ces actes, joue presque le rôle d'un être vivant.

Pour les enfants, il s'agit toujours d'intensifier leur vie, de vivre toujours davantage, la vie (accroissement aux dépens du milieu et non pas seulement maintien et durée de l'individu) étant leur besoin fondamental et leur raison d'être. La mort, qui leur a d'abord été présentée et connue comme une cessation de la vie, devient un des éléments de leur vie. Ils ont transformé ce néant en être. Par un travail scientifique d'analyse, ce qui menaçait l'intégrité et l'organisation de leur vie mentale devient une pièce qui s'insère dans cette vie, un élément de leur représentation du monde. Le fait brutal, incompréhensible, a été décomposé en un certain nombre d'éléments concrets et chacun de ces éléments a fait l'objet, soit d'un examen, par l'intermédiaire des questions propres à satisfaire une curiosité intellectuelle, soit d'une action imitative, par l'intermédiaire du jeu propre à permettre une assimilation plus complète. Car de tout ce travail, ce n'est pas à l'intelligence qu'il faut faire honneur, mais à la force vitale de l'enfant, si remarquable par cette capacité d'assimilation dont on a fait à si juste titre un des éléments essentiels de la pensée enfantine.

R. C.

La méthode des cas possibles dans la solution des tests, par F. BAUMGARTEN-TRAMER (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1939).

Dans les examens au moyen de tests, les différences individuelles ne se montrent pas seulement dans la qualité des solutions, mais — et cela de manière plus importante — dans la diversité des procédés par lesquels on parvient à ces solutions. La fiche d'observation, établie par l'auteur en 1930, pour l'interprétation de la conduite des sujets à examiner au cours de l'examen psychotechnique permet d'apprécier cette conduite. C'est en faisant attention, non seulement à la solution juste, mais aussi aux réponses « insuffisantes », de même que par l'interprétation de tous les cas possibles, que l'on pourra fixer une « typologie ».

Par l'établissement des cas possibles des manières d'accomplir une tâche, et en fixant les différences typologiques dans chaque expérience, se trouve écartée la subjectivité du jugement. Sur le plan des « cas possibles », celui qui conduit un examen pourra approfondir son observation par les différences individuelles des sujets et s'orienter peu à peu vers ces dernières. Aussi l'auteur considère-t-il comme absolument nécessaire à l'exactitude du jugement psychologique cette sorte d'étalonnage de tous les tests employés.

R. C.

Etudes sur l'application des tests mentaux chez les psychopathes (*Studies in the Application of Mental Tests to Psychotic Patients*), par Marsh DAVIDSON. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XVIII, n° 1, p. 44-52, 8 mars 1939.

L'auteur met en parallèle les résultats des tests chez les arriérés et chez les affaiblis intellectuels. Tandis que les sujets retardés sont fixés à des points assez précis de l'échelle des tests de Stanford-Binet, les schizophrènes utilisent le vocabulaire et les associations de mots avec correction tout en extériorisant, dans la solution des problèmes, une tendance aux interprétations systématisées, aux stéréotypies et à la persévération. L'analyse des réponses aux tests de perception permettrait donc de distinguer l'insuffisance intellectuelle et les anomalies psychiques de fonctionnement.

P. CARRETTE.

PSYCHANALYSE

Réflexions sur la valeur scientifique et morale de la psychanalyse (*A propos de la thèse de Roland Dalbier*), par Henri Ey (*L'Encéphale*, avril 1939).

Cette intéressante étude critique de M. Henri Ey s'adresse tant à la doctrine de Freud qu'aux conclusions de M. Roland Dalbier, dont on peut résumer ainsi les thèses principales : 1° la psychanalyse est une méthode rationnelle qui touche une réalité ; elle a une valeur scientifique ; c'est une science dont l'objet est la causalité psychique ; 2° la psychanalyse a donné lieu dans l'esprit de Freud et de ses adeptes à des conceptions philosophiques et morales qui n'en découlent pas nécessairement, c'est une doctrine qui dépasse abusivement ses données de fait : la spécificité des valeurs spirituelles échappe à l'instrument d'investigation créé par Freud.

Pour M. Henri Ey, la psychanalyse est une connaissance de la réalité psychique essentiellement empirique et intuitive dont la valeur scientifique n'est que relativement rigoureuse. Son objet est l'expression psychique de l'inconscient qui ne peut pas être assimilé à un objet de la nature. Fonction d'intégration des événements dans l'histoire de l'individu, le déterminisme psychologique associatif est, chez le normal, un instrument de la volonté, des fonctions supérieures de direction, mais il règne en maître dans les divers niveaux structuraux psychopathiques et dépend alors des conditions biologique de ces niveaux. Il n'y a donc pas de psychogénèse des niveaux structuraux psychopathiques.

Les limites que « le bon sens » a assignées à la psychanalyse peuvent être ainsi codifiées : la psychanalyse ou science de l'inconscient s'applique seulement aux modes de pensée normaux ou anormaux correspondant à l'expression psychique (pensée symbolique dégradée). Chez les psychopathes elle s'applique à la part « positive » des troubles essentiellement négatifs. Chez le normal, elle ne saurait s'appliquer à titre d'explication exhaustive aux formes supérieures de l'activité psychique.

Le propre des valeurs spirituelles est, en effet, de conférer à l'action la signification d'un effort victorieux sur l'instinct et l'automatisme. Cet effort victorieux de l'esprit se déploie dans deux directions : dans la création intellectuelle et esthétique où le génie se cherche, et dans l'acte moral où l'homme s'achève. Toute entreprise pour réduire l'exercice et les produits de la pensée adaptée, réfléchie et créatrice, à des tendances inconscientes méconnaît l'effort, l'énergie spirituelle qu'elle exige. Et sans la structure morale primitive de l'activité psychique de l'homme, toute la théorie analytique de la vie des instincts et la formation des complexes seraient intelligibles. C'est pour n'avoir pas vu que la moralité est dans la nature de l'homme, et non un artifice, que Freud est parti en guerre contre la morale culturelle, et que des psychanalystes aboutissent à faire de leur doctrine un véritable ferment anthropolytique, un dissolvant de toutes les valeurs humaines.

En réduisant ainsi les limites de la psychanalyse, et en montrant qu'elle se ment dans une zone d'indétermination plus grande que ne paraît le penser M. Roland Dalbiez, M. Henri Ey renforce singulièrement la position de celui-ci contre les prétentions injustifiées de la psychanalyse à asservir dans l'esprit toutes les valeurs spirituelles de l'homme. Sans chercher à diminuer la valeur de l'exploration psychanalytique, il indique pourquoi et comment le freudisme ne doit pas dépasser dans sa doctrine les faits que lui fournit sa méthode.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Sur l'apraxie constructive et sur les troubles apparentés de l'aperception et de l'expression des rapports spatiaux (avec quatre planches hors texte), par O. JANOTA (*L'Encéphale*, novembre 1938).

Le professeur O. Janota, à propos de deux cas, l'un surtout intéressant au point de vue clinique et l'autre particulièrement au point de vue anatomopathologique, reprend ici l'étude de l'apraxie constructive et d'une nombreuse série de troubles qui y sont fréquemment associés : apraxie au sens classique du mot, divers troubles de l'orientation dans l'espace et sur le

corps même du malade, troubles de la discrimination des côtés droit et gauche, agnosie dite des doigts, et certains troubles agraphiques, agnosiques, alexiques et acalculiques.

Il estime qu'entre l'apraxie constructive et l'apraxie classique ou l'agnosie il n'existe pas de différences fondamentales : et non une différence de nature, mais une différence de degré. L'apraxie constructive proprement dite, au sens de Kleist, constitue comme le centre auquel se rattachent, d'une part, les troubles de l'élément spatial des fonctions de lecture et d'écriture et de calcul, et, d'autre part, les troubles de la faculté, plus grossière, de s'y reconnaître dans l'espace (plantopagnosie de Marie), et de celle de s'y reconnaître sur son propre corps (autotopagnosie, asomatognosie) ainsi que les troubles de la faculté de reconnaître ses doigts, et les côtés gauche et droit de l'espace. Tous ces troubles offrent ce caractère commun que c'est par excellence l'élément spatial qui s'y trouve atteint. On est en droit de parler d'un ensemble de troubles de l'activité perceptive et expressive concernant les relations spatiales. Ils peuvent avoir peut-être aussi un certain rapport génétique avec les troubles de la faculté de deviner l'écoulement du temps (Ehrenwald, Hoff, Poetzl) car l'action de deviner le temps comporte certains caractères spatiaux.

Les constatations anatomo-pathologiques permettent de penser que les troubles de la perception et de l'expression des relations spatiales sont en rapport avec les lésions de la région pariéto-occipitale gauche. Une importante bibliographie, s'ajoutant à celle déjà réunie par MM. Lhermitte et Trelles, termine ce très intéressant mémoire.

René CHARPENTIER.

Les désorientations temporo-spatiales et la prépondérance de l'hémisphère droit dans les agnosos-akinésies proprioceptives, par Maurice DIDE (*L'Encéphale*, décembre 1938).

En se cantonnant dans la méthode expérimentale et dans l'observation objective, M. Maurice Dide envisage, successivement, les anomalies temporo-spatiales selon les zones encéphaliques où on les observe, distinguant : 1° l'intuition subjective (étendue-durée) (syndrome mésencéphalo-préfrontal) ; 2° la gnose spatiale extéroceptive (syndrome occipital de l'aire visuelle) ; 3° la gnoso-kinésie temporo-spatiale proprioceptive (syndrome de la zone pariétale droite) ; 4° la participation respective et l'interaction des diverses fonctions de l'encéphale dans la synthèse psychique.

Les faits évoqués dans ce mémoire permettent à l'auteur de grouper certaines gnoses et gnoso-kinésies pragmatiques et affectives (synthèse tactile objective, conscience kinesthésique, somatognosie, préhension proprioceptive, expression bi et tri-dimensionnelle) et de penser que les localisations concrètes et sentimentales de la zone de Wernicke droite offrent une valeur anatomo-clinique équivalente à celle des localisations symboliques et rationnelles pour la région homonyme de l'hémisphère gauche. Ceci est à rapprocher des travaux de Choroshko attribuant au lobe frontal droit plus de personnalité, plus de délicatesse qu'au lobe gauche dans la direction des actes sociaux et des comportements pragmatiques.

Les grandes fonctions de la conscience regroupent les identifications et systématisent les expressions, aussi conçoit-on, ajoute M. Maurice Dide, que personnalité, représentation temporo-spatiale, mémoire, syllogistique ration-

nelle, puissent être partiellement compromises par des lésions localisées sans qu'aucune de ces facultés synthétiques comporte des localisations spécifiques. Les gnosies conditionnent les praxies, mais les praxies influencent les gnosies. Les représentations et expressions symbolisées qui requièrent l'intégrité de l'hémisphère gauche, impliquent la synergie de l'hémisphère droit, siège des gnoso-kinésies proprioceptives ; les unes et les autres n'atteignent la clarté adéquate que si le soutien du sentiment intérieur cénesthésique leur est normalement fourni.

René CHARPENTIER.

La cataplexie. Etude physio-pathologique et pathogénique, par P. VERGER et J. LAFON (de Bordeaux) (*L'Encéphale*, mars 1939).

A propos de deux observations de syndrome de Gélinau (association d'accès cataplectiques et de crises narcoleptiques) du service du Professeur Abadie, de Bordeaux, MM. P. Verger et J. Lafon étudient le mécanisme physio-pathologique et la pathogénie de l'accès cataplectique.

Ils considèrent l'« adynamie cataplectique » (Rosenthal) comme un phénomène de même nature, de même qualité que la dissolution motrice hypnotique qui constitue l'un des éléments fondamentaux du sommeil somatique. Cette dissolution motrice, incomplète et harmonieusement dissociée dans le sommeil, devient complète, massive, totalement inadaptée, au cours de la cataplexie. Il y aurait en quelque sorte dans la cataplexie réduction d'extension du processus inhibiteur central, mais sans réduction de sa puissance, d'où action d'autant plus intense que s'exerçant sur des régions limitées.

MM. P. Verger et J. Lafon s'élèvent contre la conception de Wilder distinguant deux variétés de cataplexie, suivant que les accès sont « d'origine émotionnelle » ou « spontanés ». Ils signalent l'existence de faits intermédiaires entre l'inhibition tonique affective du sujet normal et le grand accès cataplexique et repoussent toute parenté physio-pathologique entre l'inhibition cataplectique et l'épilepsie.

Ils considèrent l'accès cataplectique comme l'expression d'une inhibition limitée des centres moteurs, sinon exclusivement du moins fondamentalement localisée aux formations cortico-motrices.

Ces accès d'inhibition corticale anormale sont très vraisemblablement dus à des lésions (surtout inflammatoires) ou plus généralement à un trouble fonctionnel de la région régulatrice méso-diencéphalique (centre régulateur de l'activité corticale de Lhermitte), hypothèse confirmée par l'association habituelle à la cataplexie de crises de sommeil paroxystique, par le siège des lésions et les associations syndromiques de l'encéphalite épidémique responsable des seuls cas de cataplexie d'origine vraiment précisée. Dans certains cas, le processus inhibiteur cortical, au lieu de s'étendre et de provoquer le sommeil narcoleptique, se limite plus étroitement aux zones motrices et se traduit par l'accès cataplectique.

La plupart des accès cataleptiques surviennent sous l'influence de facteurs émotionnels, susceptibles également, mais plus rarement, de déclencher l'accès narcoleptique. Cela, à l'occasion d'un déficit fonctionnel des centres diencéphaliques régulateurs de l'activité corticale, expression d'un déplacement pathologique de leur tonus neuro-végétatif dans le sens d'une prédominance vagale excessive augmentant exagérément les processus d'inhibition corticale et aboutissant à leur renforcement local par l'intermédiaire, peut-être, d'actions vaso-motrices.

René CHARPENTIER.

Parkinsonisme et épilepsie, par C. I. URECHIA (*L'Encéphale*, janvier 1939).

Observation d'un malade âgé de 35 ans dont l'affection a débuté vers l'âge de 16 ans par des accès convulsifs et des symptômes d'encéphalite épidémique. Les accès d'épilepsie (4 ou 5 par an au début) ont été en diminuant de fréquence. Sept ans plus tard, parkinsonisme avec crises oculogyres. M. Urechia conclut que le parkinsonisme et l'épilepsie sont tous deux dus à la même cause, l'encéphalite épidémique. Le parkinsonisme n'a eu aucune influence sur l'évolution de l'épilepsie et ne l'a pas aggravée.

M. Urechia rappelle les travaux de Sterling, Wimmer, etc., sur l'épilepsie striée : certains auteurs aussi (Margoulis, etc.) considèrent les crises oculogyres comme des accès atypiques d'épilepsie. Nombreux sont ceux qui admettent l'intervention du système extra-pyramidal dans le mécanisme de la crise épileptique, la région sous-corticale et, dans l'espèce, les ganglions de la base intervenant dans la phase tonique.

René CHARPENTIER.

Les chorées des vieillards, par Robert PAULY, ancien chef de clinique neuro-psychiatrique, médecin des hôpitaux de Bordeaux (*L'Encéphale*, décembre 1938).

De ce travail fait à la Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Médecine de Bordeaux, M. Robert Pauly conclut qu'on ne peut considérer comme des chorées séniles, toutes les affections choréiformes débutant après l'âge de 60 ans. Ces affections comprennent des chorées généralisées et localisées, des chorées chroniques, aiguës et subaiguës, des chorées primitives et secondaires.

Les chorées chroniques généralisées de la vieillesse sont beaucoup plus fréquemment des chorées non héréditaires que des chorées de Huntington dont la formule anatomo-pathologique est cependant très voisine (dégénérescences cellulaires diffuses des noyaux caudés). De faible intensité, peu évolutives, s'accompagnant ou non de troubles démentiels, elles ne présentent pas de lésions du cortex frontal, sont rarement syphilitiques et quelquefois artério-scléreuses. Les hémichorées chroniques, par contre, sont à ranger dans les cadres établis pour les adultes.

Pour la chorée aiguë survenant après 60 ans, l'auteur admet l'existence d'une véritable chorée de Sydenham en dépit de la prédilection de cette dernière pour le jeune âge, mais Harvier et Decourt ont montré également l'existence de chorées provoquées par un virus neurologique comparable, sinon identique, à celui de l'encéphalite épidémique.

À côté de ces chorées aiguës, il faut signaler, après Lhermitte, les cas de chorées subaiguës, à rechutes, dites intermittentes, qui se distinguent de la chorée de Sydenham par des troubles psychiques à formule anxieuse et confusionnelle, et le passage à la chronicité à la fin d'une rechute.

Cette étude anatomo-clinique des chorées des vieillards montre, pour la chorée en général, que les mouvements choréiques représentent seulement un syndrome clinique dont les localisations anatomiques apparaissent, spécialement à partir de l'âge adulte, singulièrement complexes et diverses et les causes multiples. Si l'opposition entre les chorées aiguës infectieuses et les chorées chroniques de Huntington dégénératives garde toute sa valeur

nosologique, clinique et thérapeutique, on peut se demander si certaines chorées chroniques, non héréditaires, ne sont pas des chorées infectieuses, à virus neurotrope, à ranger à côté de la maladie de Parkinson, parmi les manifestations évolutives tardives de l'encéphalite épidémique.

Une importante bibliographie accompagne ce mémoire.

René CHARPENTIER.

Chorées prolongées, par L. BABONNEIX et P. GUILLY. *Revue neurologique*. T. LXXII, n° 2, p. 149-159, août 1939.

Si on élimine les mouvements choréo-athétosiques, les spasmes et les tics, les chorées de Huntington, les formes symptomatiques, il reste peu de cas authentiques de mouvements choréiques continuant une chorée aiguë. Les uns relèvent de l'encéphalite épidémique, les autres de la sclérose en plaques. Quant aux formes d'identification neurologique douteuse elles seraient d'origine purement psychique.

P. CARRETTE.

Un cas de pachyméningite hémorragique interne, par Henri CLAUDE et J. CUEL (*L'Encéphale*, mars 1939).

Observation anatomo-clinique d'une femme de 52 ans, ni alcoolique, ni syphilitique, ni artério-scléreuse, exempte de toute intoxication urémique, ne signalant dans ses antécédents que l'infection rhumatismale, ayant présenté des symptômes neuro-psychiques divers (céphalées, vomissements, puis troubles de la marche, torpeur, somnolence, ralentissement des fonctions psychiques, troubles de la mémoire, parésie bilatérale avec raideur, sans phénomènes convulsifs, sans lésions papillaires, ni rétinienne nettes) dont la caractéristique fut surtout leur progressivité et leur variabilité sans localisation fonctionnelle précise. A l'autopsie, vaste placard de pachyméningite de la voûte, lame fibrinoïde abondamment farcie de globules rouges formant nappe en certains points, sans aucune trace de phénomènes inflammatoires véritables.

A propos de ce cas, MM. H. Claude et J. Cuel rappellent les distinctions établies au point de vue symptomatique et histo-pathologique entre l'hématome traumatique et l'hématome idiopathique (forme vasculaire et spontanée) par pachyméningite hémorragique interne. Ils sont d'avis que rare est la constance de la localisation des symptômes, les signes constatés étant, le plus souvent, diffus, variables et apparaissant assez longtemps après le traumatisme ou l'état toxique ou infectieux.

L'encéphalographie leur paraît sans intérêt diagnostique ni thérapeutique, contrairement à la ponction lombaire qui, faite avec précaution et contrôle manométrique, amène un soulagement.

La distinction entre la forme idiopathique et la forme traumatique a cependant une grande importance comme indication opératoire. Bien que l'intervention, si utilement curatrice dans la forme traumatique, ait pu également donner des résultats intéressants dans des cas idiopathiques ou consécutifs à une affection médicale antérieure (sinusite, otite, états infectieux).

René CHARPENTIER.

Hémorragie méningée d'origine vermineuse, par M. DUTREY et J. VELLUZ.
Le Monde médical, n° 938, p. 668-670, 15 juin 1939.

Syndrome neurologique réduit au minimum : raideur et bradycardie. Liquide céphalo-rachidien xanthochromique avec quelques cellules du type *maszellen*. La réaction méningée serait l'expression d'une intoxication d'origine vermineuse authentique.

P. CARRETTE.

Sur la dissociation faciale (On facial dissociation), par G. H. MONRAD-KROHN.
Acta psychiatrica et neurologica. T. XIV, fasc. 3-4, p. 557-566, Copenhague, 1939.

Dans la paralysie faciale d'origine centrale les mouvements traduisant un changement émotionnel peuvent être exagérés du côté paralysé. Ce symptôme démontrerait l'intégrité du système au niveau du relai gris central. Son absence répondrait à une lésion du centre, qui n'est pas cortical, mais sous-cortical. Le système pallidal devrait être considéré comme le point de départ moteur de l'expression émotionnelle.

P. CARRETTE.

Héméralopies et amblyopies toxiques, par F. TERRIEN. *Le Progrès médical*, n° 31 32, p. 1114-1122, 5 et 12 août 1939.

L'héméralopie est observée dans les avitaminoses et les insuffisances hépatiques ; l'amblyopie est plus souvent liée à l'intoxication par l'alcool et le tabac. Pratiquement ces deux symptômes sont fréquemment accusés par les patients après l'apparition d'autres manifestations générales ou de voisinage ; or il importe de les diagnostiquer précocement, car ils constituent un grave danger chez tous les individus chargés de conduire des véhicules privés ou publics.

P. CARRETTE.

Le syndrome de paralysie vestibulaire chez l'homme (The Syndrome of Vestibular Paralysis in Man), par Paul M. LEVIN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIX, n° 3, p. 335-342, mars 1939.

Le cas décrit par M. Levin n'est pas observé à titre de manifestation symptomatique d'un état auditif à diagnostiquer, mais comme un trouble isolé, c'est-à-dire comme un cas de désordre électif de l'appareil vestibulaire. La perte de la fonction provoque des troubles de posture, surtout pour l'orientation dans l'élément liquide, et des difficultés de fixation oculaire.

P. CARRETTE.

Hémiplégie homolatérale dans les cas de tumeur du lobe frontal (Homolateral Hemiplegia in Cases of Tumor of the Frontal Lobe), par Arne TORKILDSEN. *Acta psychiatrica et neurologica*. T. XIV, fasc. 3-4, p. 613-616, Copenhague, 1939.

Le diagnostic clinique de lésion préfrontale est souvent difficile à différencier du diagnostic de lésion cérébelleuse. M. Torkildsen apporte trois obser-

vations démonstratives de tumeur frontale vérifiée avec hémiplégié du côté de la lésion et absence de syndrome sensitif.

P. CARRETTE.

Un cas de paraplégie en flexion d'origine cérébrale (avec une planche hors texte), par Nathalie ZAND (Laboratoire neurobiologique d'E. Flatau, à Varsovie) (*L'Encéphale*, septembre-octobre 1938).

Femme de 57 ans, atteinte de ramollissement cérébral par artérite chronique spécifique progressant pendant 3 ans et ayant réalisé le type de Brissaud de paraplégie en flexion. Paralyse complète trouvant son explication dans les lésions bilatérales de l'écorce motrice auxquelles s'associent des lacunes de la capsule interne et des noyaux gris centraux. Perte de toute trace de vie psychique expliquée par la dégénérescence de l'écorce cérébrale dans toutes les régions examinées (frontales, pariétales, temporales, occipitales). Douleurs pouvant être mises sur le compte des lésions des couches optiques.

Pour la contracture en flexion des membres inférieurs, l'auteur est d'avis que les progrès de la réflexologie et la connaissance des mécanismes réflexes qui constituent la charpente du mouvement volontaire en permettent une interprétation physio-pathologique. Dans la paraplégie en flexion d'origine cérébrale le réflexe proviendrait de la moelle libérée de l'influence de l'olive bulbaire frappée par la lésion. La dégénérescence des cellules olivaires dans ce cas plaide en faveur d'une telle hypothèse.

Contrairement à l'opinion de Hoinet, pour qui des lésions bilatérales de l'écorce motrice (ou de ses voies conductrices) sont nécessaires à la réalisation du tableau clinique de la paraplégie en flexion, l'auteur estime, en conséquence, que, théoriquement, cette même position devrait pouvoir se réaliser dans l'hémiplégié simple à condition que l'olive bulbaire subisse une dégénérescence.

René CHARPENTIER.

Lacunes et images radiologiques lacunaires du crâne, par H. ROGER et M. SCHACHTER (*L'Encéphale*, février 1939).

Dans ce travail d'ensemble, MM. H. Roger et M. Schachter passent en revue, à l'aide de leurs constatations personnelles, les diverses études consacrées aux lacunes et aux images radiologiques lacunaires et en établissent une classification. Les lacunes sont des pertes de substance de l'os, généralement décelables *de visu*, ou plutôt à la palpation, par une dépression caractéristique et même parfois par l'existence du poulx cérébral. Les images lacunaires ne se limitent pas à l'aspect radiologique de pareilles pertes de substance. Elles comprennent surtout les cas dans lesquels, sans qu'il y ait destruction complète du tissu osseux, l'appauvrissement en sels calcaires des trois couches, table externe, diploë et table interne, donne à la radioscopie l'aspect d'une perte de substance.

Les auteurs envisagent successivement les lacunes congénitales et les lacunes acquises et posent les indications du diagnostic différentiel. Relativement peu fréquentes, les lacunes crâniennes se rencontrent cependant dans un assez grand nombre d'affections. En dehors de lacunes congénitales, isolées et souvent symétriques, ou associées à des malformations du crâne, de la face

et des autres régions, elles peuvent être consécutives soit à un processus local de l'os, processus infectieux (tuberculose ou syphilis) ou tumoral (ostéosarcome, méningiome), soit à un processus plus général entraînant des altérations de la moelle osseuse (myélomes multiples), des modifications des divers métabolismes (métabolisme des lipides et maladie de Schüller-Christian, métabolisme calcique dépendant d'états parathyroïdiens ou rénaux). Dans ces dernières catégories, leur découverte, au cours d'une exploration radiologique systématique, constituera un élément important du diagnostic.

R. C.

A propos d'un cas de dysostose crânio-faciale héréditaire et familiale, par A. AUSTREGESILLO et A. BORGES FORTES. *Revue neurologique*. T. LXXII, n° 2, p. 165-174, août 1939.

La maladie de Crouzon engendre des troubles liés à l'hypertension et à l'hydrocéphalie ainsi que des altérations locales par compression. Aucune opinion définitive ne peut être émise sur la pathogénie ; rachitisme, infection ou trouble endocrinien, les trois hypothèses sont plausibles.

P. CARRETTE.

Difformité du crâne et syringomyélie (Cranial Deformity and Syringomyelia), par Laurits LAURSEN. *Acta psychiatrica et neurologica*. T. XIV, fasc. 3-4, p. 509-526, Copenhague, 1939.

La constatation de malformations crâniennes chez trois sujets atteints de syringomyélie conduit l'auteur à des considérations étiologiques communes aux deux variétés de troubles. Ni la théorie de la méningite intra-utérine, ni celle des désordres osseux primitifs ne permettent une explication satisfaisante. M. Laursen attribue les synostoses crâniennes précoces à des troubles du développement nerveux, à des vices de position accompagnés d'hypertensions localisées du liquide céphalo-rachidien. Le même désordre mécanique qui va aboutir à la déformation crânienne pourra provoquer la dislocation épéndymaire. La syringomyélie serait ainsi conditionnée par un vice du développement nerveux à point de départ très précoce.

P. CARRETTE.

Syringomyélie et côtes cervicales chez des jumeaux hétérozygotes, par Kund H. KRABBE. *Acta psychiatrica et neurologica*. T. XIV, fasc. 3-4, p. 489-508, Copenhague, 1939.

La syringomyélie, comme les côtes cervicales, paraît être liée à des facteurs héréditaires complexes. M. Krabbe ne croit pas à l'existence d'une maladie syringomyélique. Le syndrome est conditionné par une fragilité congénitale, un état infectieux ou un trauma cervical intra-utérin. Il est le résultat de divers processus parmi lesquels les troubles trophiques nerveux jouent sans doute un rôle important. La syringomyélie est assez souvent associée à des malformations congénitales. Parmi ces malformations les côtes cervicales ne sont pas les plus rares.

P. CARRETTE.

Enquête clinique au printemps de 1938, sur les cas de sciatique observés durant les années 1933 et 1934, par S. ERVALL. 8^e Congrès des Neurologistes scandinaves. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XIV, fasc. 1-2 p. 131-136, Copenhague 1939.

La tendance à la chronicité et à l'évolution rémittente est très marquée pour la plupart des cas de sciatique. Quatre ou cinq ans après le début, l'auteur trouve des symptômes nets dans plus de 2/3 des cas. La névralgie sciatique elle-même apparaît alors compliquée de troubles sympathiques qui tendent à devenir primordiaux : troubles du dermographisme, réaction à l'histamine. Les déformations osseuses jouent aussi leur rôle. En outre un complexe myo-névralgique s'installe presque à coup sûr, d'où l'importance d'un traitement très précoce, énergique et soutenu.

P. CARRETTE.

Sciatique banale et disques lombo-sacrés, par S. de SÈZE (*La Presse Médicale*, 5-8 juin 1940).

L'auteur est d'avis que la pathogénie discale ne s'applique pas seulement à une variété particulière et assez rare de sciatique, mais bien au contraire à la majorité des sciaticques dites banales, essentielles, ou rhumatismales. Il estime que le processus le plus fréquent de la sciatique est l'irritation ou la compression d'une ou de plusieurs racines du sciatique par le disque intervertébral L4-L5 ou L5-S1 lequel, sous l'influence d'un processus le plus souvent mécanique (traumatique ou microtraumatique) est chassé en arrière vers la racine du sciatique, droite ou gauche, selon que le fragment rétro-pulsé s'insinue à droite ou à gauche du ligament intervertébral postérieur. La hernie postérieure du disque intervertébral, responsable de toutes les sciaticques d'effort et de presque toutes les sciaticques graves, tenaces, ou récidivantes, serait aussi la cause la plus fréquente des sciaticques banales et, en apparence, primitives.

La charnière lombo-sacrée antérieure, constituée par les disques L4-L5 et L5-S1, est, chez l'homme debout, le point faible de la charpente humaine. Les deux premières racines du sciatique, en raison de leurs rapports topographiques avec les deux derniers disques intervertébraux, occupent une position anatomique dangereuse. De toutes les conditions qui protègent l'homme debout contre le risque de sciatique, la plus importante résiderait ainsi dans la qualité de sa musculature adhominaie.

René CHARPENTIER.

Conception clinique des neuronoses et des neuromyéloses, par le professeur A. AUSTREGESILLO (Rio-de-Janeiro). (*L'Encéphale*, juillet-août 1938).

La dénomination clinique ou anatomo-pathologique de polynévrite doit être modifiée dans sa conception et dans son expression. Strümpell, Raymond, Pierre Marie, Marinesco, Mills, Grasset ont démontré que les lésions rencontrées dans les polynévrites ne se confinent pas aux nerfs périphériques. D'où le concept anatomo-clinique des neuromyéloses, ou, mieux, des *neuronoses*, qui indique l'altération du nerf périphérique et de la moelle épinière, véritable attaque de divers neurones périphériques. Ce que l'on désigne sous le nom de polynévrite n'est pas une polynévrite, mais un état dégénératif

et non inflammatoire des nerfs. Les nerfs périphériques n'ont pas d'indépendance pathologique.

Lorsque les avitaminoses et les anémies produisent des altérations au niveau de la moelle et des nerfs périphériques, elles sont d'ordre dégénératif prédominant soit dans la moelle, soit dans les nerfs périphériques, et se traduisent par des lésions périphériques et centrales. M. Austregesilo considère le béri-béri non comme une polynévrite, mais comme une neuromyélrose dans laquelle prédomine le processus pathologique dégénératif des nerfs périphériques et de la moelle épinière.

René CHARPENTIER.

Polynévrite mercurielle professionnelle (Polineuritis mercurial profesional), par Vicente DIMITAI et Felipe M. CIA. *Revista neurologica de Buenos Aires*. T. 3, n° 4, p. 249-265, janvier-février 1939.

Les auteurs présentent le cas d'un ouvrier qui prépare les feutres en traitant les peaux par le nitrate de mercure. Son état général s'altère progressivement et il tombe dans une cachexie profonde avec polynévrite à forme motrice allant jusqu'à la quadriplégie complète. L'absence de stomatite et l'évidente avitaminose posent le diagnostic pathogénique. Qu'on admette le mécanisme des troubles de dénutrition primitifs ou celui d'une intoxication mercurielle d'emblée, le problème médico-légal reste le même. L'ouvrier est victime d'une maladie professionnelle; l'influence nocive des vapeurs de mercure n'est pas douteuse et les précautions doivent être prises qui donneront aux travailleurs de l'usine les garanties nécessaires pour l'avenir.

P. CARRETTE.

Lipomatose multiple en combinaison avec des symptômes névritiques, par Knud H. KRABBE. 8^e Congrès des Neurologistes scandinaves. *Acta Psychiatrica et neurologica*. T. XIV, fasc. 1-2, p. 165-178, Copenhague, 1939.

L'association de lipomatose avec névrite pose la question des rapports avec la maladie de Recklinghausen. L'auteur croit qu'il faut séparer les deux affections. Il envisage dans la lipomatose l'existence de tumeurs profondes et dans la majorité des cas les névralgies sont dues à la compression. Les lipomes disparaissent parfois spontanément. Il est donc difficile de juger de l'efficacité des traitements généraux.

P. CARRETTE.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

Prophylaxie de la délinquance juvénile et dépistage scolaire, par M. BADONNEL (*L'Hygiène mentale*, novembre 1938).

En matière de criminalité et de délinquance, il faut non seulement envisager les moyens de prévenir la récidive, mais surtout ceux de prévenir le délit initial. Or, si les facteurs sociaux semblent jouer le rôle essentiel dans 20 à 25 % des cas, dans les autres cas ce sont les facteurs individuels, tendances antisociales ou débilité mentale, qui sont au premier plan. Et s'il est des cas où ces facteurs sont acquis, encéphalite épidémique, par exemple, il s'agit, en réalité, beaucoup plus souvent d'états congénitaux. C'est à l'école que l'on peut le mieux dépister ces anormaux constitutionnels. C'est à l'école

aussi que ce dépistage présente le maximum d'utilité et d'efficacité. Et cela, par la poursuite beaucoup plus sévère de la non-fréquentation scolaire, par l'examen psychiatrique obligatoire de tout élève renvoyé pour cause d'arriération ou d'indiscipline, par la multiplication des établissements d'éducation destinés aux anormaux ainsi dépistés.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

La thérapeutique convulsivante par le cardiazol en dehors de la démence précoce et des états schizophréniques, par P. DELMAS-MARSALET, H. BERGOUIGNAN et J. LAFON (de Bordeaux). *L'Encéphale*, mai 1939.

Pour expliquer les résultats de l'épilepsie cardiazolique substituant à l'idée d'un antagonisme entre l'épilepsie et la schizophrénie, une théorie de l'isomérisie nerveuse, les auteurs envisagent la crise cardiazolique comme un travail de démolition-reconstruction portant sur des processus réversibles. Le choc cardiazolique agirait à la manière de certains procédés qui assurent la mutation d'un isomère chimique en un autre isomère, le dynamisme cérébral des schizophrènes tenant, pour une part au moins, à la production d'hétérochronismes chronaxiques en des territoires normalement associés, et d'isochronismes anormaux entre des territoires habituellement sans liaison fonctionnelle.

En conséquence de cette théorie, les auteurs ont appliqué le même traitement à des psychoses habituellement curables afin d'en hâter l'évolution vers la guérison. Ils rapportent 21 observations classées en 3 groupes : confusions mentales, psychose maniaco-mélancolique, délires divers. Le traitement a donné des résultats remarquables et rapides dans les confusions mentales prolongées, occasionnelles, sans constitution psychopathique préexistante. Dans le groupe des délires divers la possibilité d'une amélioration ou d'une guérison semble être compromise par l'existence de tares constitutionnelles (débilité, paranoïa, constitution anxieuse) ou par la tendance à la dissociation. Les résultats sont peu encourageants dans la psychose maniaco-mélancolique où, sous l'influence du traitement, l'on observe parfois la mutation d'un état de dépression en un état d'excitation. La théorie de l'isomérisie nerveuse voit dans ce fait un exemple des « agencements nouveaux » à la faveur d'une démolition-reconstruction.

Les auteurs sont d'avis que la cardiazolthérapie trouve dans des états psychopathiques multiples une indication telle que l'avenir fera peut-être passer au second plan les résultats obtenus par cette thérapeutique dans les états schizophréniques.

René CHARPENTIER.

Utilisation du métrazol dans les psychoses fonctionnelles (Use of Metrazol in the Functional Psychoses), par Charles F. READ, D. Louis STEINBERG, Erich LIEBERT et Isidore FINKELMAN. 94^e réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, San Francisco, 6-10 juin 1938 in *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 4, p. 781-786, janvier 1939.

Sous la dénomination de psychoses fonctionnelles les auteurs comprennent la schizophrénie, les états maniaco-dépressifs et d'involution. Ils notent

la profondeur et la persistance de la confusion mentale consécutive au choc convulsivant. Après 2 ou 3 heures l'anoxémie provoque une stimulation du système sympathique avec libération d'adrénaline, coïncidant avec un changement d'attitude du sujet. Le mécanisme physiologique du traitement reste inconnu. Ses effets sont favorables dans un grand nombre d'états fonctionnels.

P. CARRETTE.

Retour des fonctions intellectuelles de la conscience à la suite des convulsions produites par le métrazol (Return of Cognitive Conscious Functions after Convulsions induced with Metrazol), par Louis H. COHEN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XLI, n° 3, p. 489-494, mars 1939.

L'étude porte sur des schizophrènes au cours du traitement convulsivant par le métrazol. Le retour à la conscience se rétablit progressivement suivant un ordre temporel immuable. Réapparaissent successivement l'esthésie, la prosodie, la gnosie, la praxie et la mnésie. M. Cohen estime que ces constatations fournissent une base d'étude intéressante de l'interruption et de la normalisation des phénomènes de la connaissance.

P. CARRETTE.

Résultats de l'insulinothérapie seule ou associée à la cardiazolthérapie et conclusions pratiques, par LEULIER, LECLERCQ, CASALIS et CAPPELLE (*L'Encéphale*, mai 1939).

Statistique des résultats obtenus chez 37 malades traités : 18 par l'insuline, 2 par le cardiazol, 17 par l'insuline et le cardiazol associés. Les cas sont groupés en 5 tableaux : syndrome paranoïde, syndromes hétéphrénique et schizophrénique, syndrome hétéphréno-catatonique, groupe résiduel, syndrome cyclique atypique.

En conclusion, les auteurs confirment que les résultats sont d'autant meilleurs que les troubles traités sont plus récents, quel que soit d'ailleurs le facteur héréditaire. Ils estiment que l'association de l'insuline au cardiazol présente des avantages de technique certains et donne des résultats meilleurs.

Pour faire cesser le coma hypoglycémique ils recommandent de remplacer le sucre donné à l'aide de la sonde œsophagienne par des injections intraveineuses de 30 à 50 centimètres cubes de sérum glucosé à 30 0/0, le malade buvant ensuite, dès son réveil, une solution sucrée : le réveil rapide et euphorique ainsi obtenu permet aussi une psychothérapie plus efficace.

René CHARPENTIER.

Rémissions spontanées et thérapeutiques par Guilhem TEULIÉ (*L'Encéphale*, juillet-août 1938).

L'auteur rappelle combien il faut être prudent avant de conclure à la nature thérapeutique d'une rémission, et combien il faut se garder d'une coïncidence entre le traitement et une rémission spontanée.

Deux observations personnelles montrent : qu'il peut y avoir décalage entre le début réel de l'amélioration d'un état psychopathique et la consta-

tation de cette amélioration par le médecin ; qu'un traitement qui ne provoque pas une rémission peut être un adjuvant d'une rémission spontanée qu'il accélère et qu'il rend plus complète.

R. C.

Anorexie mentale. Guérison. Influence incontestable des extraits du lobe antérieur d'hypophyse, par COULONJOU et HÉCAEN (*L'Encéphale*, janvier 1939).

A propos de l'observation d'une fillette de 14 ans 1/2 chez laquelle les troubles anorexiques débutèrent au moment des premières règles, les auteurs rappellent les opinions récentes (Loeper et Fau, Augier et Cossa, Stévenin et Gaube, Noël Péron, etc.) sur les rapports de l'anorexie mentale avec la maladie de Simmonds et les maigreurs hypophysaires de Bickel. Dans le cas traité par eux, en dehors de toute hospitalisation (.....mais sous la « menace d'isolement absolu » et d'être « inflexible ».....), l'alimentation redevint normale à la suite des trois séries d'injections d'hormones gonadotropes antéhypophysaires et, comme il est de règle, s'accompagna de réapparition des règles, d'élévation de la tension artérielle et d'augmentation de poids.

MM. Coulonjou et Hécaen se contentent d'ailleurs de conclure non à la guérison, mais à une « importante amélioration ». Ce cas, dans lequel ils semblent sous-estimer la valeur de leur action personnelle, psychothérapique, ne saurait être considéré comme absolument démonstratif de l'influence exclusive de la thérapeutique antéhypophysaire.

René CHARPENTIER.

Thérapeutique par la vitamine B₁ dans la pratique neurologique. Observations préliminaires (Vitamin B₁ Therapy in Neurological Practice. A Preliminary Report), par K. E. GREVIN. 8^e Congrès des Neurologistes scandinaves. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XIV, fasc. 1-2, p. 285-295. Copenhague, 1939.

L'amélioration de l'état général dans la plupart des cas traités par la Vitamine B₁ est à noter. Quant aux troubles nerveux, ils cèdent d'autant mieux qu'il s'agit d'affections des éléments plus périphériques. Les meilleurs résultats sont obtenus dans la névrite optique. Certaines polyneuropathies sont améliorées. Dans les cas d'encéphalite, le comportement est variable. L'amélioration est rare dans la sclérose multiple et la myélopathie.

P. CARRETTE.

Le chlorhydrate de thiamine (Vitamine B₁) appliqué au traitement des algies, par A. SLOSBERG. *Le Monde médical*, n° 941, p. 761-765, 1-15 août 1939.

Les rapports étroits qu'on a pu établir entre le mécanisme des névrites avitaminosiques et celui des polyneuropathies toxi-infectieuses ont conduit à une thérapeutique de compensation par la vitamine B₁. Les résultats sont connus. Toutefois, il convient d'insister sur l'action trophique du chlorhydrate de thiamine, qui étend son application aux algies d'origine neuro-vasculaire : douleurs des moignons d'amputation, acrocyanoses, complications neuro-anémiques.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1940*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 novembre 1940*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 23 décembre 1940*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie

M. le Professeur J. WAGNER-JAUREGG, de Vienne, *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

SOCIÉTÉS

Société Suisse de psychiatrie

La Réunion de la *Société Suisse de psychiatrie*, qui devait se tenir les 1^{er} et 2 juin 1940, a eu lieu à Soleure les 12 et 13 octobre 1940 sous la *présidence* du Professeur J. E. STAHELIN (de Bâle). A l'ordre du jour de cette réunion figuraient des rapports sur la *psychiatrie militaire* et sur l'*application aux enfants et adolescents délinquants des mesures édictées par le nouveau Code pénal fédéral*.

A la même réunion, le Bureau de la Société devant être renouvelé, ont été élus : *Président* : M. le Professeur STECK (de Céry-Lausanne) ; *Secrétaire* : M. le Docteur BRINER (du Burghölzli-Zürich).

UNIVERSITÉ DE PARIS

Conférences de la Sorbonne

Des *conférences* organisées par M. le Recteur G. Roussy et portant sur des sujets d'ordre littéraire, scientifique et médical ont eu lieu, à partir du *lundi 8 juillet 1940*, tous les jours à 16 heures, à la Sorbonne, dans l'*amphi-*

théâtre Richelieu. Signalons ici trois de ces réunions qui groupèrent un très nombreux auditoire et constituèrent une affirmation émouvante de persistance intellectuelle.

Le 20 juillet, M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE traitait de : Quelques foyers successifs de la médecine méditerranéenne.

Rappelant la situation géographique de ces lieux privilégiés et les données de leur histoire, M. Laignel-Lavastine les faisait éloquentement revivre de ses propres souvenirs de voyage. Il nous conduisait d'abord au temple d'Esculape à Epidaure, où les guérisons miraculeuses associaient à la physiothérapie les multiples ressources d'une psychothérapie qui savait utiliser l'analyse des rêves. Puis à Cos, Hippocrate pose les premières bases de la médecine rationnelle et de la doctrine humorale que notre époque voit renaître. Alexandrie marque la synthèse de la science grecque et des traditions millénaires de l'Egypte, Hérophile et Erasistrate dominent la médecine alexandrine. La Carthage de saint Augustin marque dans la transmission de l'héritage antique une étape trop peu connue. Salerne, avec une école vraiment originale et toute une pléiade de médecins éminents, a évoqué des problèmes pratiques toujours d'actualité. Montpellier, enfin, avec ses origines orientales, avec la longue suite de ses grands maîtres depuis Arnaud de Villeneuve a continué la tradition commune des écoles qui, au cours des âges, ont incarné « l'esprit méditerranéen ».

Le 23 juillet, M. le Professeur A. BAUDOUIN répondait à la question : Qu'est-ce que la douleur physique ?

Apportant toute la clarté et la précision souhaitables dans l'exposé de ce sujet complexe, mais à l'étude duquel il a apporté une belle contribution, M. Baudouin définit la douleur physique, un état de conscience de type affectif associé à des phénomènes de type discriminatif. Il oppose, au problème psychologique, qui conserve sa part de mystère, le problème physiologique, qui aborde le mécanisme fonctionnel. De ce côté, les travaux de Déjerine et Roussy, ceux de Head dominent la question.

Les conditions périphériques sont liées à l'existence de ces petits micro-générateurs électriques que sont, au niveau de la peau, les points de V. Frey, et la transmission de la douleur se fait moins vite que celle du tact, du froid et du chaud, ce qui paraît démontrer que ces diverses impressions sont conduites par des voies différentes. Le jeu des régulations centrales met aux prises la tension affective d'origine thalamique, et la tension intellectuelle d'origine corticale, celle-ci pouvant contrebalancer celle-là, comme dans le cas de Pascal, qui, pour rendre supportables ses douleurs physiques, se replongeait dans ses problèmes. Entre la cause doulorigène et la réaction centrale existent parfois de fortes disproportions, et M. Baudouin rappelle un exemple clinique de ces « algies psychiques » paradoxales.

Le 27 juillet, M. le Professeur G. GUILLAIN brossait un magistral tableau de : La neurologie française, de Charcot à nos jours.

Après avoir retracé l'histoire de la Salpêtrière depuis le XVII^e siècle, évoqué les noms de Mazarin et de Vincent de Paul, M. Guillaïn montre dans ce grand centre hospitalier, avec Pinel, puis avec Charcot, le berceau de la psychiatrie et de la neurologie française. Pour Charcot fut créée la première chaire de clinique neurologique de France et du monde. Son œuvre est immense et tient sa valeur de la méthode anatomo-clinique sur laquelle elle

repose. Puis M. Guillaïn rappelle l'œuvre de ses continuateurs, les maîtres de la neurologie française : Pierre Marie, précurseur de l'endocrinologie moderne, découvreur d'entités nouvelles ; Babinski, qui s'attache à préciser la symptomatologie clinique et fraie la voie à la neuro-chirurgie ; les Déjerine, aussi remarquables anatomistes qu'éminents cliniciens. Puis c'est l'introduction en neurologie des méthodes modernes : pastoriennes, chirurgicales, biologiques et expérimentales : Sicard, le médecin de la douleur ; Widal, avec Sieard et Ravaut qui étudient les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien ; Weill, Lapique et Bourguignon, établissent la notion de chronaxie. Et M. Guillaïn expose sa conception de l'institut moderne de neurobiologie, centre d'études et de recherches désintéressées, où des travailleurs d'élite peuvent devenir de grands chercheurs et de grands savants.

J. VIÉ et SOULATRAC.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Censure cinématographique et protection de la jeunesse

Le Conseil des ministres a approuvé un important décret qui va paraître incessamment à l'*Officiel* et qui organise la *censure cinématographique* ; celle-ci sera désormais appliquée à toutes les productions nouvelles destinées à l'écran, de façon à écarter celles qui pourraient avoir une *action nocive ou démoralisante sur la jeunesse*, ou qui représenteraient notre pays sous un jour fâcheux. De plus, un tri sera opéré parmi les 10.000 films déjà édités. Cette révision va être immédiatement faite. Un certain nombre d'œuvres seront éliminées ; les autres seront classées en deux catégories :

1° les spectacles où les enfants pourront être admis ;

2° ceux auxquels, au contraire, les enfants ne pourront pas assister.

Ces mentions devront figurer en caractères très apparents sur tous les programmes, affiches ou annonces.

Pour les films à venir, on a décidé la création d'un visa à la production qui obligera les producteurs à soumettre le scénario à une commission de censure qui pourra approuver, suggérer des retouches ou rejeter le film. Les nouveaux films devront également porter la mention « *enfants admis* » ou « *enfants non admis* ».

Enfin, le visa à l'exportation sera refusé à tous les nouveaux films qui ne représenteraient pas le vrai visage de la France. Aucun film d'actualité ne pourra être envoyé à l'étranger non développé, ainsi que cela se produisait fréquemment.

LÉGISLATION

Loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme (1)

Nous, Maréchal de France, Chef de l'Etat Français,

Le Conseil des Ministres entendu,

Décrétons :

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier. — Sont interdites en France, ainsi que sur tous les territoires relevant de l'autorité française et sauf en vue de l'exportation, la fabrication, la mise en vente, la vente et l'offre à titre gratuit :

(1) Extrait du *Journal officiel* du 24 août 1940, page 4.765.

1° des boissons spiritueuses dites apéritives, qui, en vertu de la législation existante, supportent la surtaxe sur les apéritifs à base d'alcool, ou titrent 16° d'alcool ou plus, ou renferment plus d'un demi-gramme d'essence par litre ;

2° des boissons dites apéritives à base de vin soumises au régime fiscal de l'alcool, titrant 16° d'alcool ou plus, ou renfermant plus d'un demi-gramme d'essence par litre.

Article 2. — Les boissons dites apéritives non interdites par l'article précédent ne peuvent être consommées dans les débits de boissons ou autres lieux ouverts au public les mardi, jeudi et samedi. La vente et l'offre à titre gratuit à des mineurs de moins de vingt ans en sont interdites dans ces mêmes lieux.

Article 3. — Si un crime ou délit a été commis en état d'ivresse, les juges ne pourront en aucun cas faire application de l'art. 453 du Code pénal.

Article 4. — La publicité par l'affiche, le journal, les panneaux-réclames, la T.S.F. ou par quelques modes que ce soit en faveur des boissons visées aux art. 1^{er} et 2, est interdite en France et sur les territoires relevant de l'autorité française.

TITRE II

RÉPRESSION DES INFRACTIONS

Article 5. — Les infractions aux dispositions de l'art. 1^{er} seront sanctionnées conformément à l'art. 135 du Code de la Famille ; les infractions aux dispositions de l'art. 2 seront punies d'une amende de 1.000 à 5.000 fr. ; les infractions aux dispositions de l'art. 4 seront punies d'une amende de 1.000 à 10.000 fr.

Article 6. — Toute infraction aux dispositions concernant la réglementation des débits de boissons comporte obligatoirement la fermeture de l'établissement. La fermeture sera prononcée par le Tribunal correctionnel, qui pourra, en outre, interdire au débitant l'exercice de sa profession et le priver de ses droits civiques. Ces deux dernières sanctions seront prononcées soit à titre temporaire pour une durée de 1 mois à 5 ans, soit à titre définitif.

Dès la constatation de l'infraction, le Préfet pourra prononcer, pour une durée de 5 à 15 jours, la fermeture de l'établissement.

Article 7. — Les Liges antialcooliques reconnues d'utilité publique pourront exercer les droits reconnus à la partie civile par les articles 63, 64, 66, 67, 68 et 182 du Code d'Instruction Criminelle, relativement aux faits contraires à la présente loi, ou recourir, si elles le préfèrent, à l'action civile fondée sur les art. 1382 et suivants du Code civil.

Un décret, pris sur contreseing du Ministre Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Jeunesse, du Garde des Sceaux, Ministre Secrétaire d'Etat à la Justice, déterminera les conditions selon lesquelles les représentants de ces Liges seront habilités à constater les infractions prévues au présent décret.

TITRE III

DISPOSITIONS FISCALES

Article 8. — Une taxe spéciale de deux francs par litre en volume est instituée sur toutes les qualités de champagne, vins doux, naturels et boissons dites apéritives non interdites par l'art. 1^{er}, vendues par les produc-

teurs fabricants ou marchands en gros en sus de la moyenne des ventes qu'ils auront réalisées au cours des années 1937, 1938, 1939.

Les quantités vendues par les maisons nouvelles seront intégralement soumises à la surtaxe.

Cette surtaxe sera liquidée chaque année dans le courant du mois de janvier pour l'année précédente et au moment de la cessation du commerce pour les redevables qui cesseront leur exploitation en cours d'année.

Dans cette dernière hypothèse, la moyenne de comparaison sera réduite au prorata du temps d'exploitation pendant l'année d'imposition.

La surtaxe sera constatée et perçue suivant les formes propres à l'Administration des Contributions Indirectes.

Article 9. — L'art. 23 du Code des Contributions Indirectes, modifié et complété par l'art. 161 du décret du 29 juillet 1929, relatif à la famille et à la natalité française, est rédigé comme suit :

« Les alcools supportent un droit de consommation dont le tarif est fixé par hectolitre d'alcool pur :

« 1° à 2.600 fr. :

« a) pour les quantités fabriquées par les producteurs récoltants et réservées aux besoins de leur propre consommation ;

« b) pour les quantités utilisées pour la préparation des vins doux naturels et des vins mousseux ;

« c) pour les vins ou vins doux naturels rentrant dans la composition des produits médicamenteux à base d'alcool et impropres à la consommation de bouche dont la liste est établie par arrêté du Ministre des Finances ;

« 2° à 4.000 fr., y compris la taxe de luxe et la taxe unique, pour tous les autres produits.

« Sur les taux fixés aux alinéas qui précèdent, il est prélevé 320 fr. pour être répartis entre les communes dans les conditions fixées par la loi du 22 février 1918 et les articles 87 de la loi du 25 juin 1920, 20 de la loi du 9 décembre 1927, 41 de la loi du 16 avril 1930, et 25 de la loi du 31 mars 1931.

« Les alcools libérés du droit de consommation par les producteurs récoltants peuvent être expédiés à de simples particuliers, n'exerçant pas le commerce des boissons, moyennant le paiement du complément des droits exigibles. Ces dispositions ne sont pas applicables aux quantités d'alcool produites par les bouilleurs de cru sous le régime forfaitaire tel qu'il était défini par les art. 51 bis à 51 sexies du Code des Contributions Indirectes ; ces quantités restant passibles de l'impôt au tarif de 4.000 fr. par hectolitre d'alcool pur.

« En Corse, les tarifs fixés par le *primo* et le *secundo* de l'art. 24 du Code des Contributions Indirectes sont respectivement portés à 600 et 1.600 fr. par hectolitre. »

Article 10. — Tout commerçant ou dépositaire détenant des alcools devra, dans les 5 jours qui suivront l'application du présent décret, déclarer à la Recette ruraliste des Contributions Indirectes les quantités existantes en sa possession à la date de ladite publication. Les quantités en cours de transport devront être déclarées dans le même délai au fur et à mesure de leur arrivée à destination.

Les quantités déclarées seront reprises par voie d'inventaire et soumises au complément d'imposition résultant de l'art. précédent. Quand les droits exigibles s'élèveront à 300 fr. au moins, ils pourront être acquittés au moyen d'obligations cautionnées, comme il est prévu par l'art. 672 des Contributions Indirectes.

Dans les conditions fixées par l'Administration, la surtaxe de 300 fr. par hectolitre d'alcool pur, instituée par l'art. 161 du décret du 29 juillet 1939, sera précomptée sur les stocks détenus par les fabricants ou entrepositaires.

Sera puni, en sus des droits fraudés pour compromis d'une amende égale au triple de ces droits :

1° tout défaut de déclaration ou de déclaration inexacte des quantités passibles du complément d'imposition fixé par l'alinéa 2 du présent article ;

2° toute déclaration ayant pour objet d'obtenir indûment le précompte visé à l'alinéa 3 du même article.

Article 11. — Le présent décret sera promulgué au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 23 août 1940.

Ph. PÉTAÏN.

Par le Maréchal de France, Chef de l'Etat Français :

*Le Garde des Sceaux,
Ministre, Secrétaire d'Etat à la Justice :*
Raphaël ALIBERT.

*Le Ministre, Secrétaire d'Etat
à la Famille et à la Jeunesse :*
Jean YBARNEGARAY.

Le Ministre, Secrétaire d'Etat aux Finances :
Yves BOUTHILLIER.

NÉCROLOGIE

M. le Professeur Edouard CLAPARÈDE, Docteur en médecine, *Professeur de Psychologie à l'Université de Genève*, fondateur de l'Institut J.-J. Rousseau et des Archives de Psychologie, secrétaire permanent du Congrès International de psychologie, membre correspondant de l'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*)
à Cahors (France). — 60.852

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LE MÉCANISME D'ACTION DE LA CURE DE SAKEL

PAR

PAUL COSSA et H. BOUGEANT (de Nice)

Lorsqu'en 1936 nous avons commencé à utiliser les chocs insuliniques dans le traitement des psychoses graves, nous avons considéré cette thérapeutique comme la considérait Sakel lui-même : comme une méthode empirique, née de constatations fortuites, et progressivement amenée par l'expérience de tous les jours à son efficacité et sa quasi-innocuité actuelles. Très vraisemblable nous apparaissait l'explication toute psychologique et jacksonienne de Sakel, que les constructions délirantes disparaissaient d'abord par le traitement parce que reposant sur des liaisons anatomiques plus récentes, donc plus fragiles que celles qui supportent l'activité normale du psychisme. Mais aucun des très nombreux et patients travaux publiés (1) sur la question

(1) Citons ceux de Sakel, Bini, Freudenberg, Frostig et Persiko, Bersot, Schmid, Demole, Georgi, Wilmann, Tomesco et Constantinesco, Gross, Combe male, Warenbourg et Parsy, Beigblock et Dussik, Telatin, Forstmeier Nico-lajew et Werner, Schmid, Wespi et Pfister.

ne résolvait le côté biologique du problème : pourquoi l'intervention toute somatique de l'insuline déclenchait-elle ce mécanisme psychologique ? Un incident de cure nous a conduit à une hypothèse que nous avons pu, depuis, vérifier cliniquement et expérimentalement. Ces travaux ont fait l'objet de communications fragmentaires (1). Le moment nous a semblé venu de les résumer dans une publication d'ensemble.

L'HYPOTHÈSE DE TRAVAIL

Au printemps de 1938, lors du tubage de réveil d'un malade en cure, la sonde s'égara dans les voies aériennes supérieures. L'aspiration à la seringue de Guyon (que nous pratiquons toujours pour contrôler la route) ramena une certaine quantité de sérosité d'œdème aigu du poumon. Certes, nous savions que l'œdème aigu du poumon constituait la complication redoutable du coma insulinaire ; mais nous ne savions pas que dans un coma sans histoires, sans aucune anomalie d'auscultation, comme celui auquel nous venions d'assister, il puisse y avoir transsudation de sérosité dans les alvéoles. Nous savions d'autre part que Cl. Vincent avait constaté, au cours d'interventions sur le troisième ventricule, l'apparition simultanée d'œdème cérébral et d'œdème pulmonaire. Ce rapprochement posait l'hypothèse de travail : *Le coma insulinaire ne provoque-t-il pas dans le tissu cérébral le même œdème que dans le tissu pulmonaire ?*

VÉRIFICATION CLINIQUE

Pour vérifier si nos malades présentaient bien de l'œdème cérébral au cours du coma insulinaire, nous avons prié le Dr Carlotti d'examiner chez eux la pression artérielle rétinienne avant et pendant le sommeil. La tension diastolique de l'artère centrale est normale à l'état vigile : de 32 à 45, avec 38 comme moyenne ; elle passe entre 45 et 55 dès le stade de somnolence simple ; elle atteint de 50 à 120 au stade de coma véritable, avec une moyenne de 72, c'est-à-dire le double du chiffre normal.

Cette anomalie devient beaucoup plus apparente si l'on considère, non plus le chiffre absolu de la pression artérielle réti-

(1) COSSA, BOUGEANT et CARLOTTI. — Coma hypoglycémique et hypertension artérielle rétinienne. *Revue Neurologique*, juin 1938.

COSSA, BOUGEANT, DAUMAS, MISSIMILY et MARTIN. — Recherches expérimentales sur le mécanisme d'action de la cure de Sakel. *Revue Neurologique*.

nienne, mais son rapport avec la pression artérielle générale. Celle-ci diminue précisément chez tous les sujets en coma insulinaire. Si bien que, diminution de la pression artérielle générale d'un côté, augmentation de la pression artérielle rétinienne de l'autre, ces deux phénomènes opposés additionnent leurs effets pour réaliser une augmentation considérable du quotient rétino-huméral. Celui-ci est passé, chez nos malades en coma vrai, de 0,45 (chiffre normal) à 0,86 et même 1,71. Il s'est donc, suivant les cas, multiplié par deux ou par quatre : ces variations sont d'une amplitude telle qu'elles suffisent à éliminer toute erreur de mesure.

On tient communément l'augmentation de la tension artérielle rétinienne pour une preuve de l'augmentation de la tension intracranienne, sauf évidemment s'il y a hypertension artérielle générale (Bailliart, Magitot, Coppez, Claude, Lamache et Dubar, Bollack, Conrad Berens, Kalt, Farnarier). *Aussi, des seules pressions artérielles rétiniennes de nos sujets, pouvons-nous conclure que leur pression intracranienne est augmentée.*

Mais cette augmentation de tension intracranienne est-elle due à de l'œdème cérébral ? Outre la masse même d'une néoformation éliminée ici par définition, deux facteurs essentiels concourent à augmenter la tension intracranienne : l'accumulation de liquide (ou de sang) dans les ventricules ou les espaces arachnoïdiens ; et surtout l'accumulation de liquide dans l'intimité même du parenchyme cérébral, l'œdème. Nous avons pu, chez nos sujets, conclure cliniquement en faveur de l'œdème à la suite d'une autre constatation : leur pression manométrique rachidienne est normale ou basse dans la moitié des cas ; elle atteint les limites supérieures de la normale dans un quart des cas ; elle est franchement haute dans le dernier quart seulement. Or, la discordance entre tonométrie vasculaire rétinienne et manométrie rachidienne s'observe dans deux circonstances : quand un blocage ventriculaire vient obstruer le trou occipital et quand l'hypertension intracranienne relève d'un œdème cérébral sans accumulation de liquide libre. Nous ne nous trouvons certainement pas en face du premier mécanisme, c'est donc le second qui est en cause.

Un dernier ordre de constatations vient d'ailleurs accentuer notre certitude : tout le monde sait l'abondante sécrétion de sueur qui accompagne le coma insulinaire : plus d'un litre pour Tomesco et Constantinesco. Cette déperdition n'entraînerait-elle pas un appel de liquide des espaces céphalo-rachidiens vers le sang ? Pour l'établir, nous avons fait doser,

par MM. Daumas et Missimily, les albumines totales du sérum de nos sujets avant et pendant le coma. *Toujours*, l'albumine augmente au cours du sommeil, de 4,3 % en moyenne. Constantement donc, la forte réaction sudorale entraîne une concentration de la masse sanguine, par déperdition d'eau. On peut admettre, comme une quasi-certitude, que cette concentration provoque à son tour un appel de liquide céphalo-rachidien, exactement comme le fait dans la pratique quotidienne l'injection intra-veineuse de sérum hypertonique.

De nos épreuves cliniques, il semble donc résulter que le coma insulinique soumette la pression intra-cranio-rachidienne à deux actions inverses : d'un côté, les perturbations vasculaires, l'œdème augmentent la masse du parenchyme cérébral ; de l'autre, l'appel dû à la déperdition hydrique diminue la quantité de liquide ventriculaire et sous-arachnoïdien. La tonométrie vasculo-oculaire apprécie seulement le premier de ces facteurs ; la manométrie lombaire mesure la résultante : d'où l'apparente discordance entre les résultats de ces deux modes d'investigation. Quelques vérifications expérimentales très simples viennent donner à cette interprétation la valeur d'une quasi-certitude.

VÉRIFICATION EXPÉRIMENTALE

En août 1939, nous avons soumis quatorze lapins, à jeun depuis une quinzaine d'heures, à des doses croissantes d'insuline (1). Après avoir noté les réactions cliniques et les variations glycémiques, nous avons sacrifié ces lapins par saignée au moment qui correspondait au maximum de la chute glycémique (sauf un qui est mort spontanément en œdème aigu du poumon après avoir reçu la dose de 4 unités-kilog.). Le cerveau, immédiatement prélevé et fixé au formol salé, a été coupé ainsi que les poumons, par les soins de MM. Daumas, Missimily et Martin. Les résultats de nos examens ont été contrôlés, sur coupes, par M. le Doyen Cornil et M. le Professeur agrégé Paillas, à qui nous renouvelons ici l'expression de toute notre gratitude.

L'ŒDÈME. CARACTÈRE ET PROGRESSION DES RÉACTIONS ANATOMIQUES DU CERVEAU

La progression des réactions anatomiques se fait régulièrement suivant la progression des doses d'insuline. Tout au plus

(1) En unités par kilo d'animal : 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 ; 3 ; 4.

voit-on, pour une même dose, la réponse se faire un peu plus violente chez un lapin que chez un autre.

Macroscopiquement, la surface cérébrale rosit à partir de 2 unités-kilog. Entre 2,5 et 3 unités-kilog. apparaît une dilatation des vaisseaux méningés, qui ne cessera pas de croître jusqu'aux doses maxima.

Microscopiquement, pour les doses au-dessous de 2 unités-kilog., les préparations montrent peu de chose : seulement, aux lobes temporo-pariétaux, voit-on les gaines périvasculaires de Virchow-Robin commencer à s'ouvrir en une fente étroite. Ces vaisseaux sont, en général, peu chargés en hématies.

A 2 unités-kilog., les gaines sont ouvertes dans la totalité du cerveau ; à 2 unités 5 et 3 unités, l'œdème apparaît autour des cellules nerveuses, d'abord dans le seul cortex puis dans tout le parenchyme. Par endroits, quelques fentes marquent un début d'œdème interstitiel. On ne relève encore aucune anomalie vasculaire notable. A 4 unités-kilog., par contre, non seulement l'énorme œdème des gaines écrase les vaisseaux qui sont fortement congestifs, mais les étoiles d'œdème interstitiel se multiplient, donnant au parenchyme un aspect en éponge. L'œdème gagne les espaces sous-piaux ; quelques hémorragies apparaissent, seulement sous-piales au cerveau, sous-piales et interstitielles au cervelet.

Les préparations par la méthode de Nissl montrent un début de satellitose à 1,5 unité-kilog. Ce phénomène s'accroît ensuite, mais il faut arriver à 4 unités-kilog. pour constater de la tigrolyse avec neuronophagie, les noyaux étant encore visibles.

Ainsi, nos coupes de cerveau de lapin viennent affirmer que le choc insulinique provoque un œdème cérébral dont l'importance croît à mesure que croît la dose d'insuline. La congestion vasculaire n'apparaît qu'aux environs de 2,5 unités-kilog. ; les hémorragies et les anomalies cellulaires qu'à 4 unités-kilog.

COMPARAISON AVEC LES RÉACTIONS ANATOMIQUES DU POUMON

Les réactions pulmonaires sont de même ordre : congestion et œdème, celui-ci, longtemps seulement tissulaire, ne devenant alvéolaire qu'à 4 unités-kilog. Elles sont aussi régulièrement progressives. Mais, pour une même dose, les réactions vasculaires paraissent plus intenses au poumon. En outre, mieux qu'au cerveau, on peut y observer une différence de comportement des artérioles, contractées, et des veines, dilatées, qui plaide en

faveur d'un mécanisme actif, vaso-moteur de l'œdème, plutôt qu'en celle d'un mécanisme passif, par stase.

COMPARAISON AVEC LES RÉACTIONS CLINIQUES ET LES VARIATIONS DE LA GLYCÉMIE

Tout au contraire des réactions anatomiques, les réactions cliniques sont irrégulières, ce qui ne surprendra aucun des praticiens de la cure de Sakel. A la même dose, de 2,5 unités-kilog., un lapin est simplement inerte ; un autre présente des convulsions et du coma. L'inconstance des accidents disparaît toutefois aux très fortes doses : à 4 unités, la réponse nerveuse (coma et convulsions) paraît constante. Les réponses pulmonaires cliniques sont également capricieuses, mais elles paraissent parallèles aux réponses nerveuses : l'œdème pulmonaire ne s'extériorise que chez les animaux présentant des convulsions et du coma.

L'irrégularité des variations glycémiques est plus marquée encore : à la même dose, tel animal fait une chute glycémique de 75 %, tel autre de 6 %. Signalons en passant que, dans le seul cas d'œdème aigu spontanément mortel que nous ayons provoqué, la glycémie, initialement à 0,63, est montée à 1,42 au moment de la mort. Tout se passe comme si la survenue de l'œdème aigu du poumon s'accompagnait d'une brusque et intense réaction hyperglycémique remplaçant l'hypoglycémie insulinique (1). Notre ami P. Augier nous a dit avoir fortuitement dosé la glycémie d'un malade saigné pour œdème aigu du poumon, et avoir trouvé une réponse élevée. La constance de ce fait mériterait vérification.

A la régulière progression des réactions anatomiques du cerveau et du poumon suivant les doses, s'opposent donc l'irrégularité des réactions cliniques et celle des variations glycémiques.

CONCLUSIONS

1) *Sur le mécanisme d'action de la cure de Sakel.* — Ainsi, les épreuves cliniques et expérimentales concordent pour affirmer que le coma insulinique provoque l'apparition, au sein du tissu nerveux, d'un œdème d'autant plus considérable que la dose est

(1) On pourrait émettre l'hypothèse que la brusque sécrétion d'adrénaline, destinée à combattre l'hypoglycémie, dépasse le but et provoque l'œdème.

plus forte. Cet œdème, nous pouvons en suivre le progrès, d'abord périvasculaire, puis péricellulaire, enfin interstitiel ; nous pouvons inférer son mécanisme actif, vaso-moteur, du comportement différent des veines et des artères. Nous sommes donc en droit de voir en lui la simple exagération de ce cheminement normal du plasma qui, des capillaires aux espaces périvasculaires, draine le parenchyme, entraînant avec lui les déchets physiologiques du métabolisme comme les produits pathologiques de désintégration (1). La véritable marée lymphoïde que déclenche la cure de Sakel n'est donc que l'accentuation d'un moyen de défense normal du tissu nerveux, et de celui précisément qui combat les agressions toxiques auxquelles ce tissu peut être soumis. Nous sommes en droit de voir, dans cette exaltation d'un moyen normal de défense, la raison de l'efficacité du coma insulinique dans le traitement des Psychoses.

La simultanéité de l'œdème pulmonaire évoque l'idée d'un mécanisme commun aux deux réactions viscérales. L'observation cruciale de Cl. Vincent, le voisinage des centres de la régulation glycémique et de la régulation hydrique nous incitent à rechercher dans les parois du troisième ventricule le *primum movens* de ces deux réactions.

2) *Sur les dangers de cette cure et sur leur prévention.* — La précession des réactions vasculaires pulmonaires permet de considérer que, dans la cure de Sakel, le danger est au poumon plus qu'au cerveau. Les lésions congestives cérébrales n'apparaissent qu'à 2,5 unités-kilog., donc à une dose supérieure à celles qu'utilise la méthode en thérapeutique humaine. Ces lésions ne deviennent franchement hémorragiques qu'à une dose de 4 unités-kilog. (qui correspond à 250 unités chez l'adulte moyen). Il faut, en outre, observer que les réactions congestives du cerveau, à plus forte raison les réactions hémorragiques, s'accompagnent toujours de manifestations nerveuses évidentes, et pres-

(1) Les espaces périvasculaires de Virchow-Robin sont la dernière étape de cette voie de drainage, avant les lacs sous-arachnoïdiens. Du fait que ces espaces sont le premier point où s'objective l'œdème, il ne faudrait pas conclure à un mécanisme passif de celui-ci, l'infiltration gagnant par voie rétrograde des lacs sous-arachnoïdiens à l'intimité même du parenchyme. Il faudrait pour cela qu'il y ait hypertension dans les espaces et les lacs sous-arachnoïdiens, ce qui n'est pas. Si nous voyons d'abord l'œdème au niveau des espaces périvasculaires, c'est parce que ceux-ci, ayant une existence réelle et physiologique, le flux qui provient des capillaires les dilate plus facilement et plus vite que les espaces périvasculaires, lesquels ne sont point préformés.

que toujours d'une importante chute glycémique. On aura donc les plus grandes chances de les éviter chez l'homme si l'on a soin :

1° de ne pas augmenter inutilement les doses lorsque la réaction comateuse est apparue chez le malade, et ne pas prolonger inutilement cette réaction (cinq heures d'insuline dont une heure ou une heure et demie de coma) ;

2° de ne pas dépasser la dose limite de 2,5 unités-kilog. (150 unités pour 60 kilos) sans s'être assuré par des mesures de courbes glycémiques (de demi-heure en demi-heure) qu'on est bien en présence d'une insulino-résistance vraie.

L'observation de ces deux règles nous a permis d'éviter tout accident depuis le 1^{er} janvier 1938.

LA THÉRAPEUTIQUE DU DÉLIRE AIGU PAR LES INJECTIONS INTRA-RACHIDIENNES DE VITAMINE B1

PAR

R. DUPOUY et M. MICUCCI

L'emploi de la vitamine B1 par voie intra-rachidienne remonte à quelques années, et Friedemann en Suisse semble l'avoir utilisée un des premiers en 1937 dans deux cas de psychopolynévrite de Korsakoff, avec succès.

Stern, en 1838, l'employa en Amérique sur une plus vaste échelle ; il pratiqua 128 injections intra-rachidiennes de vitamine B1 et publia les résultats obtenus chez 28 malades relevant la plupart de la neuro-pathologie, avec des résultats très encourageants.

Parmi les malades ainsi traités il y avait : 10 cancers inopérables, deux cas de sclérose en plaques, un cas de dégénérescence pyramidale, un cas de sciatique, un cas de poliomyélite.

Les doses employées furent variables de 10 à 100 milligrammes d'aneurine, renouvelées tous les 4 ou 5 jours.

D'autres auteurs, en France (Martimor et Neveu) et à l'étranger, eurent recours à cette voie dans les cas de polynévrite éthylique, de poliomyélite et même de syphilis cérébro-spinale.

Enfin, dans un travail récent de la Faculté de Médecine de Genève, des résultats encourageants chez des poliomyélitiques, des polynévritiques, ont été rapportés par Sciclounoff et Seylan. Les doses employées par ces auteurs variaient entre 10 et 50 milligrammes d'aneurine, espacées toutes les six heures.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature beaucoup de cas relevant uniquement de la psychiatrie et traités systématiquement par la vitamine B1 intra-rachidienne.

Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que la seule possibilité pour la vitamine B1 d'atteindre les centres nerveux est la voie intra-rachidienne. Quelques heures après l'injection on retrouve la B1 dans le torrent circulatoire ; elle y persiste pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours, et l'on peut suivre son élimination dans les urines.

La voie orale semble altérer l'aneurine, notamment au niveau de l'intestin. La voie hypodermique ou même intraveineuse ne semble pas permettre à la vitamine B1 d'atteindre les centres nerveux. On ne la retrouve jamais dans le liquide céphalo-rachidien. Il semble qu'il existe une barrière infranchissable hémato-méningée vis-à-vis de l'aneurinc.

Nous avons eu l'occasion depuis quelques mois de rencontrer dans notre service plusieurs cas de délire aigu. La mortalité s'est toujours montrée élevée, quoi qu'on fasse, chez ces malades épuisés qui très souvent nous parvenaient à la phase terminale.

Nous avons eu la possibilité d'essayer la vitamine B1 par voie intra-rachidienne dans certains de ces cas. Les résultats nous ont semblé des plus intéressants, et les observations que nous rapportons montrent que cette thérapeutique pourrait, quand elle n'est pas employée trop tardivement, donner de très heureux résultats.

Nous avons pratiqué chez nos malades une injection quotidienne d'aneurine à la dose de 20 milligrammes, soit 10.000 unités internationales, pendant 4 ou 5 jours, et dès que l'amélioration a été sensible, nous avons interrompu la médication. Nous avons employé indifféremment l'une ou l'autre marque de vitamine (Bévitine ou Bénerva) pourvu que la dose d'aneurine en unités internationales fût la même, soit 5.000 par cc. Nous avons injecté de la sorte 2 cc. par jour. Nous n'avons pas jugé nécessaire l'extraction de liquide céphalo-rachidien lorsque la tension au manomètre de Claude était normale. Les malades ont très bien supporté l'injection intra-rachidienne sans aucune manifestation clinique immédiate ou tardive. Nous avons été frappés dans presque tous les cas par la chute brusque et parallèle à la fois de la température et du taux de l'urée sanguine.

Nous avons interrompu la médication vitaminée dès que le taux de l'urée redevenait normal, et nous l'avons reprise avec d'excellents résultats dans un cas où la malade fit une récurrence de délire aigu.

Il est bien entendu que dans le traitement des délires aigus nous avons mis en œuvre tout ce qui peut être considéré comme adjuvant : hydratation, surtout par voie intraveineuse, tonocardiaques, diurétiques, médication anti-infectieuse.

Voici nos observations :

OBSERVATION 1. — L. André, 57 ans, entre dans le service le 21 juin 1940 pour excitation maniaque récidivante. Agitation extrême. Etat de délire aigu.

23-6-40 : Température 39°. Examen général négatif, à part quelques érosions cutanées au niveau des fesses. Tension artérielle : 20-10 (Pachon). Urée dans le sang : 2 gr.

24-6-40 : Température 39°. Urée dans le sang : 2 gr. 20. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Sérum glucosé 1 litre sous-cutané. Inorénol 1 ampoule.

25-6-40 : Température 39°. Aneurine 20 milligrammes intra-rachidiens. Sérum physiologique 1.000 cc. Inorénol 1 ampoule. Urée dans le sang : 2 gr.

26-6-40 : Température 38°. Aneurine 20 milligrammes intra-rachidiens. Sérum glucosé 1.000 cc. sous-cutané. Inorénol 1 ampoule. Dosage d'urée dans le sang : 1 gr. 47 ; dans l'urine : 51 gr. par litre.

27-6-40 : Température 37°. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Dosage d'urée dans le sang : 1 gr.

28-6-40 : Température 37°. Dosage d'urée : 0 gr. 45. Malade apyrétique depuis. Beaucoup plus calme.

20-7-40 : Guérison de son accès maniaque.

OBSERVATION 2. — L... Germaine, 32 ans, entre dans le service le 21 juin 1940 pour excitation maniaque.

25-6-40 : Poussée thermique à 38°. Examen physique négatif. Etat général mauvais. Urée dans le sang : 0 gr. 80. Traitement : aneurine 20 milligrammes.

26-6-40 : Température 38°. Urée dans le sang : 0 gr. 90. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes.

27-6-40 : Température 38°. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Urée dans le sang : 0 gr. 90.

28-6-40 : Température 38°. Aneurine 20 milligrammes intra-rachidiens.

29-6-40 : Température 37°8.

30-6-40 : Urée dans le sang : 0 gr. 40.

8-7-40 : Urée dans le sang : 0 gr. 40. Malade très agitée sensiblement apyrétique pendant une dizaine de jours.

Actuellement guérison physique. Même état mental.

OBSERVATION 3. — R... Inès, 42 ans, entre dans le service le 22 juin 1940, pour accès maniaque, avec éléments confusionnels évoluant vers un délire aigu.

A l'entrée, température oscillant aux environs de 38°. Examen physique négatif. Etat grave.

25-6-40 : Température 39°. Urée dans le sang : 1 gr. 20. Traitement : aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes.

26-6-40 : Urée dans le sang : 1 gr. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Sérum physiologique 1.000 cc. s.c. Pressyl 1 ampoule. Température 39°5.

27-6-40 : Température 38°. Urée dans le sang : 0 gr. 60. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes.

28-6-40 : Température 37°3. Malade apyrétique depuis cette date.

30-6-40 : Urée : 0 gr. 40.

OBSERVATION 4. — B... Thérèse, 41 ans, entre dans le service le 1^{er} juillet 1940 pour état anxieux avec idées d'auto-accusation. Agitation par intervalles. Poussée thermique à 39°8 le lendemain de l'entrée. Urée sanguine : 0 gr. 86.

Nous voyons la malade le 4 juillet au soir, très abattue, incapable du moindre geste, gémissante par intervalles. Sa courbe de température oscille aux environs de 38°5-39°. Examen général négatif.

Le 5 juillet au matin : urée sanguine : 1 gramme ; malade adynamique, couverte de sueurs visqueuses, faciès vultueux. Température 38°5. Etat de délire aigu. Traitement : aneurine 20 milligrammes intra-rachidiens. Sérum glucosé s.c. 1.000 cc. Sérum physiologique intraveineux 1.000 cc. Inorénol 2 ampoules.

6-7-40 : Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Sérum glucosé s.c. 500 cc. Sérum physiologique intraveineux 750. Inorénol 1 ampoule. Chophytol i.v. 2 ampoules. Urine : albumine traces, glucose présence. Urée par litre : 40 grammes. Température 38°2.

7-7-40 : Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Sérum physiologique i.v. 1.000 cc. Sérum glucosé s.c. 500 cc. Inorénol 2 ampoules. Température 38°.

8-7-40 : 20 milligrammes de vitamine B1 intra-rachidienne. Sérum physiologique i.v. 1.500 cc. Sérum glucosé s.c. 500 cc.

9-7-40 : Inorénol 1 ampoule. Huile camphrée 10 cc. Température 37°. Urée sanguine : 0 gr. 40.

La malade se rétablit très vite et sort de l'établissement le 31-7-40.

Est complètement guérie de son état mental dont elle ne garde aucun souvenir. Guérison physique.

OBSERVATION 5. — M... Fernande, 33 ans, entre dans le service le 30 juin 1940 pour manie confuse. Agitation intense. Température 38°. Etat de délire aigu.

Examen physique négatif, mais état général très grave laissant craindre une issue fatale.

1-7-40 : Température 38°4. Dosage d'urée dans le sang : 1 gr. 45. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Sérum physiologique i.v. 500 cc. Sérum phys. s.c. 1.000 cc. Inorénol 1 ampoule.

2-7-40 : Température 39°7. Urée 1 gr. 17. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Sérum glucosé i.v. 1.000 cc. Sérum physiologique s.c. 1.000 cc.

3-7-40 : Température 39°. Urée dans le sang : 0 gr. 70. Aneurine in-

tra-rachidienne 20 milligrammes. Sérum glucosé i.v. 1.000 cc. Sérum physiologique s.c. 1.000 cc.

4-7-40 : Température 38°5. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes. Sérum physiologique 1.000 cc. Urée : 0 gr. 45.

5-7-40 : Température 38°3 le matin, 37°9 le soir. Cessation du traitement.

6-7-40 : Température 37°6.

7-7-40 : Température 38°6. Urée : 0 gr. 65. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes.

8-7-40 : Température 38°8. Urée : 0 gr. 60. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes.

9-7-40 : Température 38°3. Aneurine intra-rachidienne 20 milligr.

10-7-40 : Température 38°8. Urée : 0 gr. 46. Aneurine intra-rachidienne 20 milligrammes.

11-7-40 : Température 38°.

La malade présente cette température pendant 4 jours, puis brusquement remonte à 40° (18-7-40). On constate l'apparition d'un abcès à la face antéro-externe de la cuisse gauche que l'on incise. Le 21-7-40 température 37°8. A partir de ce jour la malade présente un état fébrile avec anémie (2.700.000 globules rouges, pourcentage leucocytaire normal). Un dosage d'urée pratiqué à trois reprises s'est montré normal (entre 0,42 et 0,46).

Une transfusion de 250 cc. est pratiquée le 14-8-40.

Apyrexie depuis le 18-8-40. Amélioration sensible de l'état physique. Même état mental de manie confuse, mais nettement en voie de régression.

En résumé, nous avons eu l'impression que la vitamine B1, administrée par voie intra-rachidienne, influençait favorablement l'évolution de certains délires aigus, notamment en ce qui concerne la température et le taux de l'urée dans le sang.

D'autre part, sans vouloir généraliser, ni demander à la vitamine B1 ce qu'elle ne peut donner, nous estimons que ce médicament dont l'affinité pour la cellule nerveuse est bien connue devrait être utilisé plus fréquemment dans le traitement des maladies mentales, en particulier dans celui des affections aiguës où l'aneurine ne peut rester sans effets dans nombre de cas.

LES TROUBLES DE LA CIRCULATION CÉRÉBRALE ET DE LA CIRCULATION GÉNÉRALE DANS LES PSYCHOSES

*Troubles vasculaires et trait d'union
entre facteurs organiques et facteurs psycho-affectifs*

PAR

H. BARUK et M. RACINE

La plupart des auteurs s'obstinent encore à envisager la psychiatrie sous deux angles opposés et en apparence irréductibles : les uns conçoivent les maladies mentales de la même façon que les maladies purement neurologiques ; frappés, à juste titre, des nombreuses perturbations somatiques qui marquent la plupart des troubles mentaux, ils veulent assigner à ces derniers les caractères authentiques d'une affection organique au sens même où l'entendait Babinski, c'est-à-dire d'une affection fixe, à symptômes en rapport avec des lésions précises et surtout restant indépendants des facteurs psychiques et affectifs.

Les autres, frappés de la richesse des manifestations psychologiques, et surtout de leurs rapports avec la personnalité du sujet, de leurs variations suivant les facteurs affectifs, ne veulent envisager que la part psychologique de la maladie et négligent délibérément l'étude et le traitement des troubles somatiques.

Ces deux points de vue sont également erronés, par le fait qu'ils se limitent, dans un esprit de système, à une partie seulement de la réalité. Les conséquences de ces points de vue

incomplets et partiels sont également fâcheuses au point de vue pratique.

La conception « neurologique », limitée à des symptômes lésionnels localisés et indépendants du psychisme, est beaucoup trop étroite en psychiatrie. Si elle a l'avantage de faire rechercher les nombreuses étiologies somatiques, elle tend à négliger, dans le traitement des malades, les facteurs affectifs qui jouent un rôle considérable dans la guérison. S'il est capital que la psychiatrie ait une orientation médicale et physiologique, il ne faut pas que cette orientation aboutisse à un matérialisme qui négligerait les facteurs spirituels et humains essentiels en pathologie mentale et d'ailleurs dans toute la médecine.

A l'inverse, l'étude exclusive des facteurs psychologiques laisse de côté des étiologies capitales, et considère le malade de façon abstraite, en exagérant parfois la finalité des enchaînements psychologiques.

En réalité, les perturbations mentales et physiques s'intriquent étroitement, et l'art consiste précisément à savoir comprendre harmonieusement cette intrication.

Voici par exemple un jeune homme interné pour un état d'aliénation mentale : mutisme, stéréotypies, facies vague, apparence d'indifférence affective. Cet état est survenu à la suite d'un grave traumatisme crânien, avec perte de connaissance et coma. Depuis lors, le malade a présenté plusieurs périodes de dépression atypique, avec incurie et affaissement général, entrecoupées de rémissions. Il entre à la Maison Nationale de Charenton pour une période de ce genre. Peu à peu, il s'améliore, recommence à causer, se tient proprement. Son état général s'améliore. Brusquement, à la suite d'une visite de sa mère, il retombe dans une incurie complète, redevient pâle et absent.

Que s'était-il passé ? En réalité, à la suite de ce traumatisme crânien, le malade était resté fatigué, en proie à des malaises fréquents, il avait perdu son énergie. Il se rendait compte que cet état nécessiterait longtemps des ménagements et l'empêcherait de se marier, ce qui lui faisait une peine extrême. A côté de lui, il voyait son frère jeune, robuste, bien parti pour faire sa vie. Il en souffrait intérieurement.

Or, un jour son frère se fiance. Aussitôt la nouvelle connue, notre jeune homme présente sa première période dépressive. Il s'en remet peu à peu. A la suite de fatigues, nouvelle période dépressive qui motive son hospitalisation. Alors qu'il allait mieux, sa mère, au cours d'une visite, lui annonce le mariage

de son frère. Presque instantanément, son teint change, il redevient pâle, tombe dans le mutisme, s'affale par terre. Les stéréotypies reparaissent et prennent même la forme, à certains moments, d'une sorte d'exhibitionnisme.

On voit comment s'intriquent en pareil cas les causes organiques (choc cérébral, traumatisme crânien) et les perturbations psychologiques et affectives qui en dépendent. Il est impossible de négliger, soit les unes, soit les autres. Le système nerveux a été préalablement sensibilisé par le choc (peut-être sur un terrain prédisposé) et ensuite, sur ce système nerveux sensibilisé, les facteurs affectifs déterminent des inhibitions considérables.

On peut se trouver surpris qu'une simple nouvelle désagréable soit susceptible de modifier instantanément tout le fonctionnement nerveux. Les psychogénistes s'appuient sur ces variations brutales pour en inférer que seules des modifications psychologiques entrent en scène.

En réalité, ces facteurs psychologiques n'agissent le plus souvent que parce que le système nerveux est préalablement touché, soit par une fragilité constitutionnelle, soit par une atteinte acquise.

En pareil cas, l'appareil qui constitue en quelque sorte le trait d'union entre les facteurs organiques et les facteurs psychologiques, c'est l'*appareil circulatoire*.

Celui-ci est en effet en quelque sorte placé au carrefour d'action de ces deux facteurs.

Le système *cardio-vasculaire* général ainsi que la circulation cérébrale sont les premiers à réagir devant les facteurs toxiques ou humoraux qui jouent un si grand rôle dans l'étiologie des psychoses.

Dans une série de recherches, nous avons montré les perturbations fréquentes observées dans certaines psychoses au niveau du cœur et des vaisseaux.

Au niveau du cœur, nous avons souligné l'intérêt, non seulement des modifications de rythme dans certains états psychonévropathiques [pithiatisme notamment (1)], mais encore du *complexe électrocardiographique*. Nous avons montré l'exagération du soulèvement T dans la catatonie humaine aussi bien que dans la catatonie expérimentale bulbocapnique chez l'ani-

(1) H. BARUK et RACINE. — Tachycardie au cours de trois cas d'accidents pithiatiques ; disparition concomitante des troubles cardio-vasculaires et de l'accident pithiatique par la scopochloralose. Etude électrocardiographique. *Rev. Neurol.*, n° 1, janv. 1938.

mal (1). Nous avons même pu noter des variations temporaires du complexe électrocardiographique parallèles à l'état de rigidité ou de détente musculaire du malade, variations qui sont particulièrement impressionnantes, étant donné la fixité habituelle de ce complexe électrocardiographique. Il est à noter d'ailleurs que c'est généralement ce soulèvement T qui est susceptible d'être modifié au cours des atteintes centrales du névraxe ou au cours de certaines perturbations endocriniennes, telles le myxœdème. Il est du plus haut intérêt de trouver de même des perturbations de ce soulèvement T dans les psychoses. Il semble que, dans certains cas, le myocarde comme d'ailleurs tout le système neuro-musculaire et le psychisme réagissent à une cause toxique ou à un déséquilibre hormonal. Ce mécanisme est bien saisi au cours de la catatonie expérimentale bulbo-capnique : on voit apparaître la modification électrocardiographique au moment même du stade cataleptique, c'est-à-dire au moment où, après la phase de sommeil, l'animal s'immobilise en flexion et commence à présenter de la rigidité musculaire.

Le système *circulatoire périphérique* est aussi très souvent modifié. Rappelons seulement les perturbations extraordinaires des vaisseaux dans la catatonie : rigidité vasculaire de de Jong — acrocyanose orthostatique (Claude et Baruk), modifications de la tension artérielle moyenne et de l'indice oscillométrique (Baruk, Lapeyre et Albane), déviations des réactions vasculaires (Jung et Carmichael), etc... De même, nous avons montré le rôle de certaines atteintes des capillaires dans le territoire de certaines cénesthopathies (2). Chatagnon, Mlle Brosse, Sherrer et C. Chatagnon ont également rapporté des exemples de modifications vasculaires au cours de psychoses (3).

Ces troubles peuvent affecter non seulement la circulation générale mais encore la *circulation cérébrale*. Nous avons, avec

(1) H. BARUK et RACINE. — L'électrocardiographie dans la catatonie humaine et dans la catatonie expérimentale bulbo-capnique chez le singe. *Rev. Neurol.*, n° 6, déc. 1937. — L'électrocardiographie dans les maladies mentales. *Soc. Méd.-Psych.*, 9 mars 1939.

H. BARUK, RACINE et DELAVILLE. — Action électrocardiographique et neuro-végétative de l'insulinothérapie dans la catatonie expérimentale bulbo-capnique et dans la catatonie humaine. *Soc. de Neurol.*, 6 juin 1938.

(2) Contribution à l'étude des cénesthopathies. Rôle possible de certains facteurs vasculaires. *Soc. de Neurol.*, 7 déc. 1935.

(3) CHATAGNON, Mlle BROSSÉ, SHERRER et C. CHATAGNON. — Réactions du système végétatif neuro-vasculaire au cours d'un délire hallucinatoire chronique et de deux psychoses maniaque-dépressives. Influence des facteurs psychopathiques sur les tracés sphymographiques et électro-cardiographiques. *Soc. Méd.-Psych.*, fév. 1939.

le D^r David et Mlle Leuret, observé et enregistré, au cours de la catatonie expérimentale bulbocapnique, des spasmes des vaisseaux cérébraux (1). Nous avons, par contre, noté une vasodilatation cérébrale intense au cours de l'intoxication par la folliculine et nous avons insisté sur le rôle possible de ces troubles vasculaires cérébraux dans la genèse de certaines psychoses ovariennes (2). De même, nous avons souligné, toujours par des recherches expérimentales, l'action violente de l'insuline à hautes doses sur toute la circulation et notamment sur la circulation cérébrale qui, à certains moments, entre dans un véritable état de déplétion (3).

Ces recherches physiologiques et expérimentales soulignent de nouveau la question très importante des rapports de la circulation cérébrale et du psychisme. Les vieux auteurs attachaient un grand intérêt à ce point de vue. On sait qu'au début du siècle dernier, Bayle attribuait un rôle important aux poussées congestives dans la genèse des troubles de la paralysie générale (arachnitis chronique). On retrouve dans son si intéressant *Traité des Maladies du Cerveau et de ses Membranes* cette notion largement soulignée.

A l'opposé, l'ancienne conception de l'anémie cérébrale dans la genèse des troubles mentaux avait longtemps retenu l'attention et est encore restée vulgarisée dans le public.

Ultérieurement, les neurologistes et les psychiatres, imbus de critères anatomo-pathologiques de localisation étroite et de lésions très définies, ont abandonné ces notions physiologiques concernant les rapports des troubles circulatoires cérébraux et des troubles mentaux.

Même, lorsque, à la suite d'une part des remarquables travaux de Ch. Foix et de ses élèves, d'autre part des belles recherches de physiologie expérimentale du P^r Riser, du P^r Villaret, Justin Bezançon et Cachera, la question de la circulation cérébrale est revenue à l'ordre du jour, celle-ci ne fut surtout explorée qu'en vue de l'étude des perturbations localisées, susceptibles d'expliquer le ramollissement cérébral.

(1) H. BARUK, DAVID, RACINE et Mlle LEURET. — Circulation cérébrale et psychoses. Constatations directes de spasmes des vaisseaux cérébraux au cours de la catatonie expérimentale bulbocapnique. *Rev. Neurol.*, janv. 1940.

(2) H. BARUK, DAVID, RACINE et Mlle LEURET. — Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires. Etude expérimentale de l'action de la folliculine sur la circulation cérébrale. *Presse Médicale*, 12 mars 1940.

(3) H. BARUK, DAVID, RACINE et Mlle OWSIANIK. — Circulation cérébrale et choc insulinique ; à paraître, *Encéphale*, 1940.

Les variations physiologiques diffuses du régime circulatoire cérébral jouent au contraire un rôle, pensons-nous, capital en psychiatrie (1). Bien entendu, il serait téméraire d'isoler cette circulation cérébrale du reste de la circulation générale. La première subit souvent le contre-coup des modifications de la seconde. Mais ceci n'enlève nullement l'intérêt de ces variations circulatoires. Il suffit, pour mesurer leur importance, de rappeler les énormes perturbations circulatoires cérébrales qui accompagnent la crise d'épilepsie comme la neuro-chirurgie l'a bien montré, les perturbations vaso-motrices céphaliques considérables qui marquent si souvent le début des psychoses, l'importance des atteintes vasculaires dans les toxi-infections cérébrales et les psycho-encéphalites (Marchand), etc.

A un autre point de vue, il existe une série de *corrélations psycho-vasculaires* du plus haut intérêt. Par exemple, l'éréthisme vasculaire général s'accompagne souvent d'éréthisme psychique : les poussées hypertensives, les grands battements des vaisseaux sont marqués fréquemment d'une anxiété spéciale, avec instabilité affective, hyper-activité, inquiétude agitée.

Les déséquilibrés et instables vasculaires sont souvent des sujets particulièrement sensibles, vibrants, exaltés ou déprimés. On revient par là aux déséquilibres neuro-végétatifs, sympathiques étudiés par Tinel et Santenaise, Laignel-Lavastine en psychiatrie. Mais ce déséquilibre neuro-végétatif ne doit pas seulement être considéré sous l'angle de perturbations en quelque sorte périphériques du vague et du sympathique ; il constitue souvent l'expression d'un trouble plus général et plus profond, central ou humoral, affectant toute la circulation et aussi la circulation cérébrale.

Ces perturbations circulatoires sont aussi extrêmement sensibles aux facteurs émotifs et affectifs. C'est probablement surtout par l'intermédiaire de ces modifications circulatoires que les émotions et les souffrances morales agissent parfois si profondément sur tout l'organisme. Les altérations des traits du visage, de la « mine » qu'elles provoquent traduisent de façon évidente un retentissement vaso-moteur. Il est probable que ce bouleversement circulatoire peut se produire au niveau de tous les viscères, et entraîner des troubles de fonction multiples. Il

(1) L'un de nous a longuement insisté dans un ouvrage récent (*Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, Masson, 1938), sur les corrélations psycho-vasculaires et sur « le rôle capital » des modifications de la circulation cérébrale et céphalique dans le déclenchement des troubles mentaux (p. 634-669).

Citons également les travaux récents de Chatagnon,

en est ainsi très souvent, notamment au niveau de l'appareil digestif.

Mais il ne faut pas oublier que cette action des émotions et des souffrances morales est d'autant plus marquée sur l'organisme que celui-ci est probablement touché par une cause humorale ou organique. Les atteintes du système nerveux, localisées ou diffuses, retentissent considérablement sur le régime circulatoire. Une émotion sur un système nerveux malade aura une action décuplée. C'est ainsi, par exemple, que nombre de maladies organiques (paralysie générale, sclérose en plaques, parkinson, etc...) peuvent être parfois *révélées* en quelque sorte à l'occasion d'émotions. Il en est de même chez les intoxiqués exogènes ou endogènes : l'émotion, les contrariétés provoquent chez eux des réactions nerveuses ou mentales souvent tout à fait disproportionnées.

Expérimentalement, l'un de nous a montré qu'une émotion incapable de déterminer aucun symptôme pathologique chez un animal sain pouvait déclencher la mort chez certains animaux intoxiqués.

Ainsi donc, tout en tenant un très grand compte des facteurs affectifs et moraux en psychiatrie, il ne faut pas se reposer sur leur constatation, il faut encore rechercher minutieusement toutes les atteintes de l'organisme qui ont pu sensibiliser le système nerveux, et, souvent en pareil cas, on constate que l'émotion n'a joué que comme cause occasionnelle sur des atteintes organiques préalables, et encore silencieuses.

Le point de jonction entre ces facteurs organiques et psychiques se fait donc par l'appareil circulatoire. L'extrême sensibilité de celui-ci, surtout lorsqu'il est préalablement modifié par une cause humorale, toxique ou même par le simple épuisement, explique le résultat parfois si paradoxal de certaines actions psychothérapiques. L'effet parfois miraculeux d'une parole de réconfort ou de certaines persuasions thérapeutiques comme on peut l'observer dans le pithiatisme et aussi dans maintes psychoses, notamment dans la catatonie et la psychose périodique, cet effet quelquefois presque instantané ne constitue pas, comme de nombreux auteurs le croient, un argument en faveur de l'origine purement psychologique du trouble. Il traduit souvent une sensibilité vasculaire particulière, susceptible d'être modifiée, non seulement par des actions physiologiques, mais encore par l'action psychothérapique et surtout par ce rayonnement affectif et spirituel qui est parfois susceptible de bouleverser et de rétablir toute la personnalité physique et mentale.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 28 Octobre 1940

Présidence : M. Paul GUIRAUD, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 27 mai 1940 et le procès-verbal de la séance du 11 juillet 1940 sont adoptés.

Décès du Professeur Henry Meige

M. GUIRAUD, *Président*. — J'ai le regret de vous faire part du décès du D^r Henry MEIGE, qui appartenait à la Société médico-psychologique, depuis 1930, en qualité de *membre titulaire honoraire*. Henry Meige fut à la fois un érudit, un savant et un artiste. Elève de Brissaud, il se consacra à l'étude des tics et des spasmes de la face, et fut pendant de longues années secrétaire général de la Société de neurologie de Paris. Il s'intéressait à l'histoire de la neuro-psychiatrie, et dans une série de travaux, s'attacha à montrer la continuité de l'hystérie à travers les âges. Rappelons ses articles sur les saints guérisseurs de la Folie, son passionnant volume sur le procès de Gaufridy. C'est à la Pythie, de Delphes, qu'il consacra son discours présidentiel, au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française de Luxembourg, en 1922. Le D^r Henry Meige était professeur d'Anatomie artistique à l'Ecole des Beaux-Arts, où il continuait la tradition de Paul Richer. Il était membre de l'Académie de médecine. Nous adressons à sa famille toutes les condoléances de la Société.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre du D^r PICARD, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Bonneval, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

une lettre du D^r LETAILLEUR, de Bonneval, qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Moreau de Tours* ;

une lettre du D^r BRENUGAT, de Brest, qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Aubanel* ;

une lettre des D^{rs} TUFFOU et CHRÉTIEN, médecins intérimaires de l'Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), qui adressent à la Société un travail sur « Les psychoses d'évacuation ».

Félicitations à M. le Professeur Baudouin

La Société adresse ses félicitations à M. le professeur A. BAUDOUIN, *membre titulaire* de la Société Médico-psychologique, qui vient d'être nommé Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Date des prochaines séances

En *novembre*, une séance de présentations cliniques et anatomo-pathologiques aura lieu le *jeudi 14 novembre* à l'Hôpital Henri-Rousselle (amphithéâtre Magnan) ; la séance ordinaire aura lieu le *lundi 25 novembre*, rue de Seine, à 16 heures.

En *décembre*, l'*Assemblée générale* et la séance ordinaire auront lieu le *lundi 23 décembre*, rue de Seine, à 16 heures.

COMMUNICATIONS

Un cas de syndrome de Simmonds (Cachexie hypophysaire) à évolution lente d'origine traumatique (projectile situé dans la selle turcique). (Présentation de radiographies), par MM. M. BRISSOT et M. FROIDEFOND (1).

Le malade, F... Edmond, entre dans le service psychiatrique régional de Besançon, le 24 janvier 1940, avec le diagnostic : « Crises comitiales ; à mettre en observation. » Il avait été appelé la veille pour rejoindre son corps dans cette ville, et dirigé presque immédiatement sur le

(1) Ce travail a été rédigé au mois de mai 1940, alors que les auteurs se trouvaient au Centre neuro-psychiatrique de la VII^e Région, à Besançon.

centre neurologique en raison des troubles inquiétants qu'il présentait.

F... est âgé de 41 ans, il est cultivateur à M... (D.) où il travaille chez ses parents.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien d'important à signaler. Son père serait mort à 60 ans d'accidents vésicaux. Sa mère est bien portante. Il a deux sœurs en bonne santé. Il a perdu un frère à 18 mois.

Les *antécédents personnels* sont, par contre, beaucoup plus intéressants. Rien de notable dans l'enfance. Mais en 1922, au mois de janvier, au cours d'une chasse au sanglier, il est blessé par une chevrotine qui pénètre sous l'œil gauche et va se loger dans la boîte crânienne. Il reste huit jours dans le coma, est traité à la clinique H. à B... où on lui fait une radiographie du crâne. Pas d'intervention chirurgicale pour tenter d'extraire le projectile. F... Edmond avait alors 23 ans. Rentré chez ses parents, le blessé reste plus de six mois sans pouvoir travailler.

EXAMEN DU MALADE. — A l'examen, on est frappé d'emblée par la *pâleur* du malade ; c'est une pâleur intense, « de mort », qui donne l'impression d'une anémie profonde. Les muqueuses linguale et oculaire sont décolorées. La peau, à certains endroits, est blanche et luisante ; en d'autres points, elle est ridée ou finement exfoliée. Le visage a un aspect vieillot, « momifié ».

Le *système pileux* a complètement disparu (absence de poils axillaires, pubiens, chute à peu près totale des sourcils, etc.). Les cheveux, par contre, sont abondants ; ils n'ont pas blanchi, ce qui crée un contraste frappant avec l'apparence sénile du faciès et donne au sujet un aspect très spécial.

Les dents sont presque complètement tombées au maxillaire supérieur, les ongles sont secs et cassants.

Des troubles génitaux accompagnent les troubles des phanères : atrophie testiculaire avec diminution considérable de la sensibilité de l'organe ; perte de l'appétit sexuel (aucun rapport depuis l'accident).

L'activité physique est extrêmement diminuée : les gestes sont lents et rares. La fatigabilité est rapide, survenant au moindre effort ; le malade ne peut rester debout plus de quelques minutes, sinon il devient complètement livide et présente un état syncopal. Le 30 janvier, il ne peut se rendre lui-même au laboratoire qui se trouve à quelques centaines de mètres et l'on est obligé de lui faire un examen sanguin au lit même. Donc asthénie profonde.

On constate, parallèlement, une diminution de l'*activité psychique* : indifférence, apathie, bradypsychie et bradyalgie, somnolence continue. Cet état de faiblesse physique et psychique se traduit dans la marche, le langage, l'écriture, la pensée.

Les réflexes rotuliens sont normaux ; les achilléens sont *abolis* ; les réactions pupillaires sont normales ; les réflexes cutanés plantaires, crémastériens et abdominaux ne sont pas modifiés.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Le pouls est à 60, la tension artérielle au Vaquez est de 9-6, la température rectale ne dépasse pas 36. Donc hypotension marquée et hypothermie s'accompagnant de frilosité. Poids 67 kg., taille 1 m. 75.

L'appétit est très diminué. Les digestions sont actuellement normales. Il y a trois ans, le malade a présenté une crise intestinale avec diarrhée et vomissements, qui aurait duré plusieurs jours et qui s'est répétée dans le service.

En somme, ce qui retient essentiellement l'attention au premier examen, c'est l'apparence très particulière du malade : impression d'une anémie pernicieuse intense avec faciès et muqueuses complètement décolorés ; aspect vieillot, chute du système pileux pubien et axillaire, atrophie génitale, diminution impressionnante de l'activité physique et psychique. Nous avons pensé immédiatement à un syndrome hypophyso-surrénal. Cependant, l'existence de la pâleur considérable associée à des troubles digestifs anciens et à une abolition des réflexes achilléens nous a fait rechercher s'il n'existait pas un syndrome neuro-énémique. L'examen du sang a donné les résultats suivants : hémoglobine : 90 % ; hématies : 4.670.000 ; leucocytes : 7.700. *Formule* : polynucléaires : neutrophiles : 62 %, éosinophiles : 2 %, basophiles : 0 % ; mononucléaires : grands : 1 %, moyens : 17 % ; lymphocytes : 18 %. En conséquence, pas de syndrome anémique hématologique. En outre, la réaction de Bordet-Wassermann était négative. Notre diagnostic restait ainsi toujours orienté vers un syndrome hypophysaire avec retentissement polyglandulaire.

Les examens complémentaires pratiqués ont confirmé pleinement notre manière de voir.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES. — I. *Radiographes du crâne, face et profil* (fig. 1 et 2) : Corps étranger localisé au niveau de la selle turcique. Il est de forme arrondie, de contours réguliers, du volume d'un gros pois. Sur la radiographie de face, il est très légèrement à gauche de la ligne médiane. Sur le cliché de profil, il semble occuper *en plein* la selle turcique et l'on distingue nettement les apophyses clinoides antérieures et postérieures. La selle turcique paraît avoir un diamètre antéro-postérieur normal. On ne constate aucune lésion osseuse. Un deuxième éclat, beaucoup plus petit, aplati de haut en bas et allongé d'avant en arrière, apparaît à un centimètre environ en arrière de la cavité orbitaire gauche.

II. *Métabolisme des hydrates de carbone* : glycosurie : 0, glycémie : 1 gr. 15 ; glycosurie expérimentale : épreuve négative.

III. *Métabolisme de base* : Diminution de 31 %.

IV. *Calcémie* : 98 mmgr. p. 1.000 ; *phosphorémie* : 49 mmgr. p. 1.000 ; *azotémie* : 0,24 p. 1.000. Donc, chiffres sensiblement normaux.

V. *Examen des urines* : ni sucre, ni albumine ; quantité d'urine normale en 24 heures.

VI. *Examen oculaire* : pas de modification du champ visuel, pas d'hémianopsie bi-temporale.

VII. *Examen cardiaque* : cœur normal. Rien à signaler dans l'orthodiagramme.

Evolution de la maladie. — Nous devons rappeler que le sujet nous a été adressé avec le diagnostic de « crises épileptiques ». Nous avons tenté, en interrogeant F... Edmond, sa famille et les médecins

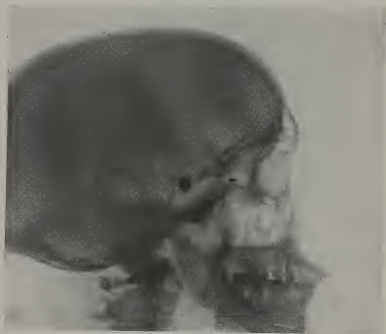


FIG. 1. — On aperçoit le projectile situé en plein dans la selle turcique.
En avant de lui, un petit éclat métallique.

qui l'ont soigné à son domicile d'obtenir des renseignements sur la façon dont s'étaient déroulés ces accès convulsifs. Aux dires du malade, des sueurs profuses l'avertiraient de l'imminence d'une crise qui surviendrait dans l'heure : perte de connaissance et chute, phase de tonicité d'une durée indéterminée : « je deviens raide comme mort » ; reprise de la conscience au bout de trois ou quatre heures ? pas de morsures de la langue ni d'émission d'urines. Ces accidents convulsifs auraient débuté il y a six ans et surviendraient cinq ou six fois par an en moyenne. Le sujet accuserait, en outre, des céphalées persistantes sans localisation, des vertiges. Cette description ne cadre pas avec celle d'une crise comitiale *essentielle*. D'ailleurs, les méde-

cins que nous avons pu interroger à ce sujet sont loin d'être affirmatifs. Nous allons voir dans un instant à quoi correspondent ces accès convulsifs.

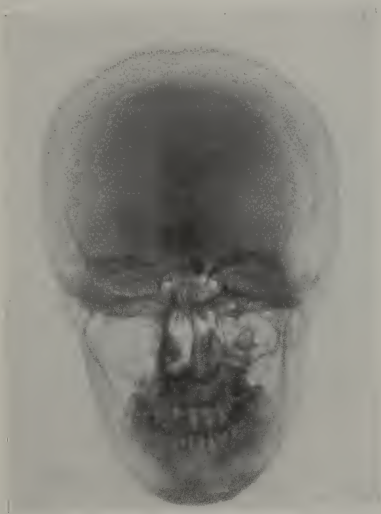


FIG. 2. — Le projectile intra-sellaire apparaît très légèrement à gauche de la ligne médiane.

En effet, quelques jours après son admission, le 31 janvier 1940, le malade présente pour la première fois, dans le Service, une *crise tétanique* absolument typique : dans la matinée, brusquement, surviennent des contractures cloniques et quelques secousses musculaires au

niveau des membres inférieurs ; déviation latérale de la tête et apparition des attitudes spéciales de la tétanie : déformation de la main en *main d'accoucheur*, doigts étendus, pouce dans la gouttière formée par les doigts et la main. En même temps, la voûte des pieds se cambre en extension. Nous observons un laryngo-spasme : les dents sont serrées sur la langue qui sort de la bouche, le sujet ne répond pas aux questions et présente une gêne respiratoire intense avec cyanose ; cet état dure quelques secondes. Le malade, qui a perdu connaissance, se trouve en état de contracture tonique. Son pouls est irrégulier, faible et très lent, battant à 45. Les crises tétaniques se sont répétées plusieurs fois, dans les deux ou trois heures qui ont suivi. La description que nous venons de faire est celle de la *tétanie classique*. On la rencontre dans les insuffisances para-thyroïdiennes dues classiquement à une modification du métabolisme calcique. Il est curieux de noter à ce propos que la calcémie de notre malade est restée normale. Cette crise tétanique ne s'est pas renouvelée (à part quelques secousses cloniques les jours suivants), peut-être en raison de la thérapeutique employée : injections intra-veineuses de 10 cc. de gluconate de calcium, associées à de petites injections sous-cutanées (50 cc.) de sang d'un donneur (1).

Il nous apparaît donc qu'il faille rattacher les « accidents comitiaux » antérieurs à des crises de tétanie.

Signalons également la fragilité extrême du malade qui, au début de février, a présenté un syndrome gastro-intestinal avec diarrhée profuse, vomissements, oligurie, température à 38°, tension artérielle imprenable. Un goutte à goutte sous-cutané de sérum glucosé a fait cesser ces accidents au bout de quelques jours, laissant toutefois le sujet très affaibli. Il avait, d'ailleurs, été mis auparavant en état de moindre résistance par une congestion pulmonaire de la base droite.

Actuellement (mai 1940), l'état du sujet est considérablement amélioré. Sous l'effet d'une thérapeutique glandulaire appropriée (association à l'extrait hypophysaire total d'extrait cortico-surrénal), F... Edmond a vu la plupart de ses accidents régresser. L'asthénie considérable, la frilosité, la pâleur cadavérique, la perte d'appétit ont beaucoup diminué. Le malade se lève toute la journée, vague à de petites occupations, et s'alimente d'une façon correcte. Son visage se recoloré. Nous n'avons observé encore aucune amélioration du côté génital, la frigidité reste aussi grande, les caractères sexuels secondaires ne réapparaissent pas, en dehors de la moustache et des sourcils qui semblent repousser d'une façon notable. On peut espérer qu'un traitement opothérapique prolongé agira d'une manière favorable et lui permettra, sinon une activité normale, du moins une existence ralentie, certes, mais sans danger immédiat. Nous avons

(1) Nous remercions bien vivement M. le Médecin-Commandant P. Baufle, Médecin-Chef de l'Hôpital Pasteur et Professeur à l'Ecole de Médecine de Besançon, d'avoir bien voulu s'intéresser au cas de notre malade.

donné à F..., pendant quelques semaines, de l'extrait hypophysaire antérieur (antélobine), mais cette thérapeutique n'a eu aucun effet et le résultat a été, certes, moins favorable que celui qui a été obtenu par l'hypophyse totale.

Il aurait été extrêmement intéressant de connaître l'apparition *chronologique* des troubles constatés chez notre malade. Nous avons interrogé à ce propos le sujet lui-même, ses deux sœurs et le médecin qui l'a soigné. Les renseignements recueillis sont malheureusement assez peu précis. Nous avons pu savoir cependant que, avant son accident, F... Edmond était extrêmement robuste et pesait 91 kgs. Il était très actif, s'occupant journellement aux travaux de sa ferme. Ses rapports sexuels étaient normaux. Or, il déclare lui-même qu'il a dû cesser toute activité physique et génitale depuis sa blessure. Son poids a régulièrement diminué et l'asthénie s'est installée d'une façon lente et progressive au point que, avant son incorporation en janvier 1940, il était déjà réduit à une vie purement végétative. Il ne faut donc pas s'étonner que le fait d'avoir été appelé sous les drapeaux, avec toute la fatigue qui en était la conséquence, ait pu provoquer chez lui une recrudescence des symptômes de sa maladie.

La chute des poils se serait produite très vite, frappant tout d'abord la barbe. La disparition complète du système pileux aurait été constatée déjà il y a 8 ou 10 ans, donc dix années environ après l'accident. En ce qui concerne les manifestations convulsives, le malade aurait présenté une de ses premières crises le 10 septembre 1934 et quatre à cinq accès analogues depuis lors. En septembre 1938, F... Edmond aurait eu un accident convulsif grave d'une durée de trois ou quatre heures, qui l'aurait laissé dans un état de faiblesse telle que ses médecins « le croyaient perdu ». D'après sa famille, le malade aurait toujours eu, avant l'année 1922, un faciès très coloré.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Un certain nombre de points nous paraissent devoir être mis en lumière :

1° *la lenteur de la constitution du syndrome* : c'est très progressivement que sont apparus les différents troubles actuels. Ceci ne saurait surprendre, même si, avec Simmonds, on admet comme cause de la cachexie hypophysaire, une diminution ou une abolition de la sécrétion glandulaire. On connaît en effet de nombreux cas dans lesquels la destruction de l'hypophyse par des lésions inflammatoires n'a entraîné aucun des troubles classiquement rapportés à une insuffisance sécrétoire de l'organe. Il semble qu'une glande ne donne jamais, à l'état normal, tout son potentiel, puisque l'on peut en enlever les 3/4 ou même les 7/8 sans provoquer chez l'animal l'apparition de signes d'insuffisance (Lucien, Parisot et Richard) ;

2° *l'absence de troubles oculaires* : pas d'atteinte des voies optiques ;

3° *l'abolition des réflexes achilléens* : abolition persistante que nous ne pouvons expliquer ;

4° *la synergie interglandulaire* : *cliniquement*, nous avons constaté chez le malade l'atteinte simultanée de plusieurs glandes : *thyroïde* (diminution de 31 0/0 du métabolisme de base), *parathyroïde* (crises tétaniques), *surrénales* (modifications tensionnelles, asthénie), *glandes génitales* (impuissance et atrophie testiculaire). Cette constatation ne doit pas nous étonner, car *physiologiquement* on connaît bien l'action de la glande pituitaire sur ces différents appareils glandulaires. L'hypofonctionnement thyroïdien suit l'hypophysectomie. On constate la même influence sur la cortico-surrénale qui, à la suite de l'hypophysectomie, présente une atrophie marquée portant principalement sur les zones réticulées et fasciculées du cortex, lesquelles subissent la dégénérescence vacuolaire. *L'atrophie parathyroïdienne* est en général moins accentuée. Notons à propos des glandes parathyroïdes le fait curieux que, malgré une calcémie normale (98 mmgr.), le sujet a présenté des crises répétées de tétanie. Quant aux *glandes génitales*, d'après P.-E. Smith, l'atrophie les atteindrait au maximum, comme si l'antéhypophyse était non seulement l'organe de commande, mais encore le moteur indispensable à leur existence même. La glande pituitaire apparaît donc comme la pièce maîtresse, dont l'atteinte déclenche à plus ou moins brève échéance la défaillance des glandes endocrines.

Il n'existe, à notre connaissance, que la très intéressante observation de Schereschewsky (1) qui semble avoir beaucoup de points communs avec la nôtre. Cet auteur a décrit, en effet, l'apparition d'un syndrome de Simmonds à la suite d'une lésion traumatique de l'hypophyse.

C'est la raison pour laquelle nous avons pensé qu'il ne serait pas dépourvu d'intérêt de vous soumettre l'histoire de notre malade, tout en regrettant de n'avoir pu présenter à votre Société un cas aussi caractéristique. F... Edmond a d'ailleurs quitté définitivement, le 14 juin 1940, très amélioré après quatre mois et demi d'hospitalisation, notre Service psychiatrique régional, la veille du jour où le Service de Santé de la VII^e Région a dû se replier sous la pression des événements.

(1) SCHERESCHEWSKY. — La symptomatologie et le diagnostic de la maladie de Simmonds. *Revue française d'endocrinologie*, août 1927, p. 275.

L'épilepsie convulsive généralisée d'origine éthylique chronique (Etude pathogénique, clinique et diagnostique), par MM. M. BRISOT, J. BELFILS et M. FROIDEFOND (1).

La question de l'épilepsie convulsive d'origine toxique est actuellement à l'ordre du jour. Les événements de la guerre ont malheureusement favorisé l'abus des spiritueux et notamment du vin. Aussi, a-t-on pu constater dans toutes les formations neurologiques du territoire un afflux considérable de malades, chez qui l'excès d'alcool conditionnait ou favorisait les troubles mentaux. Dans le Service de psychiatrie de la VII^e Région, la proportion des alcooliques traités depuis le mois de septembre 1939 a été légèrement supérieure à 52 0/0. Dans ce nombre figurent tous les états, délirants ou non, d'origine éthylique chronique, du simple toxicomane ne présentant que des stigmates physiques au délirium tremens, en passant par les états subaigus et les accès convulsifs. Nous ne ferons pas mention des névrites ou polynévrites dont la proportion dans un service de psychiatrie est toujours infime. Ajoutons que, dans la grande majorité de nos cas, le vin *seul* était en cause dans la genèse des accidents éthyliques, à l'exclusion des spiritueux et des essences.

Or, sur cent alcooliques traités, la proportion des malades ayant présenté des accidents nettement convulsifs, avec crises d'épilepsie généralisée, est considérable. Nous en trouvons en effet 17,09 0/0.

La fréquence de l'épilepsie toxique nous autoriserait à elle seule à aborder ce sujet qui nous semble mal connu et qui a suscité depuis de nombreuses années chez les auteurs les opinions les plus diverses. En outre, la question est d'une utilité pratique incontestable pour le Service de Santé dont le devoir est de récupérer le plus de malades possible, beaucoup de ces sujets étant réformés définitivement avec le diagnostic d'*épilepsie essentielle*. La gravité de ce problème n'a pas échappé d'ailleurs à la Direction du Service de Santé au Ministère de la Guerre, puisque la question des alcooliques dans l'Armée a déjà provoqué de nombreuses discussions aux réunions des Chefs de Centres de neurologie et de psychiatrie qui ont eu lieu à Paris, à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans les premiers mois de l'année 1940. Nous pensons qu'il est plus facile de poser un

(1) Ce travail a été écrit au mois de mai 1940, alors que les auteurs se trouvaient au Centre neuro-psychiatrique de la VII^e Région, à Besançon.

diagnostic d'épilepsie toxique que d'établir un pronostic touchant l'aptitude du malade du point de vue militaire, tant est grande la complexité des facteurs qui entrent en jeu.

En ce qui concerne l'étiologie, nous ne nous attarderons pas sur les effets convulsivants de l'ivresse aiguë qui sont admis par Muskens et que nous n'avons pas constatés. Nous nous demandons même si l'on n'a pas confondu, à propos de l'ivresse aiguë, certaines manifestations convulsives désordonnées ou une simple agitation, avec une épilepsie authentique.

Pour Crouzon, l'alcoolisme chronique est la plus fréquente des causes de l'épilepsie toxique, au même titre que l'urémie, les néphrites chroniques, l'éclampsie, l'hypoglycémie et certains médicaments convulsivants comme le cardiazol.

L'étiologie de la crise et son mécanisme nous paraissent intimement liés. En effet, pour pouvoir parler d'épilepsie toxique, il faut admettre que l'alcool suffit à créer ou à révéler les lésions organiques qui vont être à l'origine de l'accident convulsif. Il faut donc écarter l'opinion ancienne selon laquelle l'apport toxique exogène apparaissait uniquement comme un facteur favorisant, mais ne créant pas le terrain. Selon certains auteurs, et notamment le Professeur Joffroy, l'apparition de la crise convulsive serait liée à l'association de deux éléments : un élément toxique d'une part, un terrain prédisposé d'autre part (lésions cérébrales, méningées ou encéphalitiques). Cette lésion serait indispensable, mais resterait muette chez un homme sobre ; elle serait, selon l'expression de Joffroy, un « point d'appel » en cas d'intoxication éthylique et deviendrait alors épileptogène. L'alcool ne serait donc pas la cause efficiente de l'épilepsie, mais le facteur révélateur d'une épine organique latente, cérébrale surtout. Cestan, de son côté, est d'avis que l'alcoolisme chronique suffit à lui seul à créer l'épine cérébrale inflammatoire qui localise sur le cerveau son action convulsivante.

L'opinion de Joffroy et celle de Cestan nous paraissent également plausibles. Il est des cas où l'alcool vient révéler une épine irritative latente : et c'est ce qui semble se passer chez certains de nos malades prédisposés, dégénérés, ayant présenté, par exemple, une méningite ou une encéphalite de l'enfance. Dans d'autres cas, au contraire, l'alcool crée l'épine cérébrale inflammatoire et c'est ce qui est survenu sans doute pour la majorité des épileptiques toxiques soumis à notre examen. Dans les deux cas, la privation absolue d'alcool amène la cessation des crises. Néanmoins, de tels malades restent sensibilisés ; l'épine irritative semble réagir progressivement à des doses de moins en

moins fortes de toxique. Nous avons constaté ce fait chez différents sujets qui ne faisaient plus d'abus d'alcool depuis un temps déjà assez long. C'est ce que Muskens appelait « l'abaissement du seuil de la tolérance » ; une quantité minime de vin par exemple suffirait à déclencher l'accès convulsif. Cependant il ne faudrait pas assimiler le mode d'action du toxique chez l'alcoolique chronique à ce qui se passe après l'injection intraveineuse de certains médicaments convulsivants, comme le cardiazol qui a pour effet, en raison de son irruption brusque dans le système circulatoire, de déterminer une action brutale sur les centres nerveux ou vasculaires.

Nous allons maintenant rapporter l'observation d'un malade qui nous semble absolument typique du point de vue de l'épilepsie toxique : c'est un homme de quarante ans, chez qui les accès comitiaux n'ont débuté qu'à l'âge de 35 ans, après une période de trois années marquées par des crises hallucinatoires oniriques d'origine alcoolique. Il a eu dans le service une seule crise, le lendemain de son arrivée, et n'en a plus présenté depuis lors, en raison de la désintoxication que nous lui avons fait subir. C'est, en outre, un gros dégénéré débile, prédisposé, du fait qu'une quantité d'alcool, *même très minime*, provoque l'apparition d'un accès convulsif. Enfin, ce qui nous semble tout à fait probant, la suppression brusque du gardénal qu'il prenait depuis cinq années à la dose de 0,15 par jour n'a occasionné chez lui aucun des accidents qui suivent toujours la privation brutale de ce médicament dans l'épilepsie essentielle.

Voici cette observation :

N... entre dans le service le 28 mai 1940 avec le diagnostic de « troubles nerveux ». Il avait été réformé définitivement N° 2 en 1938. Le 20 mai 1940, il a été pris « bon service armé en observation ». Il est âgé de 40 ans, marié ; il a un enfant de 6 ans bien portant. Ses parents sont morts. Il a un frère et trois sœurs en bonne santé.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève rien d'important jusqu'à l'âge de 32 ans. Il a présenté alors des phénomènes hallucinatoires avec onirisme. Les hallucinations survenaient périodiquement tous les deux ou trois mois. « J'entendais brusquement un de mes voisins me menacer. Il me disait : Je vais te faire chasser de ta place, il m'insultait. Pour échapper à sa voix, je quittais mon travail et m'enfuyais dans la campagne. Je le voyais qui me poursuivait ; il se cachait derrière les arbres ; il continuait à me parler à l'oreille et m'envoyait des courants électriques qui me parcouraient le corps. Toute une journée, je courais ainsi. Le lendemain, j'étais très abattu et obligé de rester au lit. Finalement, j'ai changé de domicile pour lui échapper,

mais il me suivait partout. Enfin, en 1935, il a disparu. C'est alors qu'ont commencé les accidents convulsifs pour lesquels je suis ici actuellement. »

Ainsi, l'histoire typique racontée par N... ne laisse place à aucun doute. Il s'agissait de manifestations hallucinatoires de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale, donc de phénomènes délirants avec onirisme. Leur origine toxique est évidente, car l'imprégnation éthylique est intense.

En 1935, débute la deuxième phase des manifestations alcooliques chroniques : celle des accès convulsifs. Le sujet tombe brusquement et ne sent pas venir sa crise. La perte de connaissance est immédiate. Les mouvements cloniques sont d'emblée intriqués avec les convulsions toniques. Ils commencent au niveau de la face et se généralisent très rapidement ; ils sont plus amples, moins réguliers que dans l'épilepsie essentielle. Le faciès d'abord pâle se cyanose très vite ; une écume non sanglante apparaît aux lèvres. Les secousses musculaires durent deux à trois minutes, puis survient la phase de stertor et, au bout d'une dizaine de minutes, le malade reprend conscience, reconnaissant aussitôt le médecin et ceux de ses camarades qui l'entourent. Il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Il ne se mord jamais la langue et n'a pas d'émission d'urines. A l'examen, on ne trouve aucun signe de déficit organique, en particulier pas de signe de Babinski. L'accès que nous venons de décrire a été constaté par nous le lendemain de l'admission du malade.

Telle est cette observation-type, prise entre tant d'autres. Pour qu'elle fût complète, il faudrait que nous en retraçions l'évolution. Nous reviendrons sur elle dans un instant.

Les premières objections qui vont nous être opposées sont évidemment les suivantes : en quoi cette crise d'épilepsie généralisée diffère-t-elle d'une crise comitiale essentielle banale ? Comment peut-on poser avec cette certitude le diagnostic de son étiologie toxique ? Le fait qu'il s'agit d'un alcoolique ne paraît pas suffisant : un éthylique peut parfaitement présenter des crises comitiales non provoquées par l'alcool. En d'autres termes, le problème est d'établir le diagnostic entre épilepsie toxique et épilepsie essentielle.

DIAGNOSTIC. — Trois facteurs principaux sont à envisager : 1) les caractères de la crise elle-même ; 2) le terrain sur lequel elle se produit ; 3) l'évolution des accidents convulsifs sous l'action d'une thérapeutique appropriée. Reprenons en détail chacun de ces facteurs.

1. *La crise convulsive en elle-même.* — Elle est caractérisée du point de vue clinique par les symptômes suivants : absence

de cri initial, prédominance de la phase clonique sur la phase tonique. Celle-ci peut même ne pas exister ou ne durer qu'un laps de temps très court, à tel point que les secousses musculaires généralisées sont d'emblée associées à la raideur des membres, du tronc et de la tête. Ces mouvements cloniques sont d'ailleurs plus amples, plus violents, plus durables que ceux qui sont constatés dans l'agitation clonique de l'épilepsie essentielle. Ils peuvent persister pendant quinze à vingt minutes. Il ne faut cependant pas les confondre avec la simple agitation désordonnée que l'on voit chez l'éthylique en état d'ivresse ou présentant, au cours de l'alcoolisme chronique, une bouffée d'excitation motrice. Il est absolument impossible de se méprendre à cet égard, car, dans ce cas, le malade ne perd pas connaissance et l'on ne constate chez lui aucune manifestation convulsive proprement dite. D'autre part, dans l'épilepsie toxique, la période stertoreuse est brève, d'une durée de deux à trois minutes au maximum après laquelle le malade reprend rapidement conscience. Très souvent, il reconnaît sur-le-champ les personnes qui sont autour de lui. En conséquence, la phase crépusculaire nous apparaît comme estompée, rapide et, dans quelques cas même, inexistante.

Tels sont les caractères de l'accès convulsif d'origine éthylique que l'on retrouve le plus souvent. Nous ne leur attribuons d'ailleurs qu'une valeur assez relative et ils ne sont pas pathognomoniques. Nous n'ignorons pas, d'autre part, la variabilité des symptômes et de l'évolution de la comitialité essentielle. Nous attacherons beaucoup plus d'importance aux deux autres facteurs : le terrain sur lequel se produit la crise et l'évolution de celle-ci.

2. *Le terrain.* — Nous n'insisterons pas sur le gros intoxiqué de longue date qui présente des stigmates nombreux et évidents d'alcoolisme chronique. En présence d'un accident convulsif chez ce dernier, le médecin qui l'observe est tout de suite fixé. Mais nous avons principalement en vue les sujets qui ne consomment que des doses peu importantes d'alcool, parfois même inférieures à la moyenne de la consommation habituelle et qui cependant ont des crises. Chez eux, les stigmates de l'éthylisme sont très discrets : on note seulement un léger tremblement fibrillaire labio-lingual, des cauchemars, quelques pituites matutinales et c'est tout. Un signe qui nous a paru excellent pour dépister l'intoxication éthylique discrète est celui de l'*occlusion forcée des paupières* : lorsqu'on commande au malade de fermer fortement les yeux, on constate l'apparition de mouvements

vibratoires rapides au niveau des paupières supérieures. Ce symptôme peut exister, alors que les autres stigmates physiques de l'alcoolisme font défaut.

On pourra nous objecter que l'on comprend mal les raisons pour lesquelles des sujets à peine intoxiqués vont faire des accidents convulsifs alors que, somatiquement, ils sont presque normaux. Nous répondrons que l'alcoolisme cérébral se rencontre principalement chez les tarés, les dégénérés, les débiles mentaux plus ou moins arriérés du point de vue intellectuel, en somme les individus ayant une hérédité psychopathique évidente. Selon l'expression qui est employée ailleurs pour d'autres toxicomanies : « ne fait pas d'alcoolisme cérébral qui veut ».

3. *Evolution des accidents convulsifs.* — L'évolution des crises convulsives sous l'effet d'une thérapeutique appropriée apparaît comme l'élément capital du diagnostic. En effet, chez la plupart des malades que nous avons traités, nous avons observé une disparition rapide des accès sous l'influence du sevrage. Nos sujets ont une crise, deux au maximum, dans les premiers jours qui suivent leur admission, et n'en présentent plus dans les semaines et même dans les mois qui vont suivre. C'est donc déjà là un premier caractère important.

Second caractère : de nombreux malades nous arrivent prenant d'une façon régulière du gardénal ou un autre barbiturique. Nous le leur supprimons brusquement et cette suppression brutale ne provoque chez eux aucun accident, contrairement à ce qui se passerait chez des comitiaux atteints d'épilepsie essentielle. Cette remarque suffit à elle seule à éliminer l'épilepsie classique dont l'apparition serait favorisée par quelques excès éthyliques : dans ce cas, le fait que le sujet est sevré de son médicament habituel entraînerait l'apparition immédiate ou presque d'un ou de plusieurs excès convulsifs, accompagnés d'un état souvent grave. C'est ce qui est survenu à l'un de nos malades que nous avons pris pour un épileptique toxique et qui était en réalité atteint de comitialité essentielle. Sevré brusquement de son gardénal qu'il prenait jusqu'alors régulièrement, il a présenté des troubles mentaux graves et prolongés (confusion avec agitation) et a dû être interné.

Pronostic des états convulsifs d'origine éthylique. — Il est assez difficile à établir, car il faut tenir compte de la complexité des facteurs qui entrent en jeu. Ces facteurs sont : l'âge du sujet, le degré d'imprégnation éthylique, les tares physiques et mentales. Nous n'avons pas à développer plus longuement ces considérations qui sont évidentes *à priori*.

Beaucoup plus intéressante est la question de l'utilisation militaire de ces malades. En effet, si l'on s'en tient strictement aux prescriptions du bulletin d'aptitude officiel, tout militaire atteint d'épilepsie (que celle-ci soit essentielle ou d'origine toxique) doit être l'objet d'une réforme définitive n° 2. Mais doit-on éliminer de l'Armée tous les individus jeunes, chez qui la comitialité disparaît, lorsqu'on en supprime la cause (en l'espèce l'alcool) qui la fait naître ? C'est évidemment là un problème délicat à résoudre et pour la solution duquel on doit envisager l'ensemble des facteurs dont nous venons de parler à propos du pronostic. La gravité de cette question n'a pas échappé à la Direction du Service de Santé au Ministère de la Guerre et cet important problème reste en discussion.

M. BRISOT. — Lors d'une réunion au Val-de-Grâce, en avril dernier, tous les collègues de l'armée ont apporté des statistiques voisines : il y avait 45 à 55 0/0 d'alcooliques sur l'ensemble des cas observés, et parmi les alcooliques de mon service, 17 0/0 présentaient des crises convulsives. Dès qu'ils étaient désintoxiqués, ils guérissaient et n'avaient plus de crises. Mais dès qu'ils se remettaient à boire, ils avaient de nouvelles crises d'épilepsie toxique. Que faire d'eux ? D'après le règlement, tout épileptique doit être réformé. Dans ces cas, la réforme paraissait excessive. Un simple régime suffisait à faire disparaître les crises, la suppression du gardénal ne les faisait pas revenir. Mais, cliniquement, ces crises ne se différencient de l'épilepsie essentielle que par des particularités trop vagues pour qu'on puisse faire une distinction nette.

M. Ach. DELMAS. — J'apporte, à l'appui du travail de M. Brisot, le cas d'un capitaine d'une quarantaine d'années qui avait eu trois petites crises convulsives à huit jours d'intervalle. Il n'avait pas fait de vrais excès, n'avait jamais présenté d'ivresse, mais il se trouvait soumis à un régime différent de son régime habituel, il buvait beaucoup plus de vin. Jamais il n'avait eu, dans son passé, de crises épileptiques, mais dans son enfance, on retrouvait des convulsions si fréquentes dans ces cas. J'eus d'emblée l'impression de crises toxiques, et de fait il n'en présenta plus dans mon service. Il serait vain de distinguer cliniquement ces crises de celles de l'épilepsie essentielle, dont elles ne se différencient que par l'origine toxique, et la disparition qui suit la suppression du facteur toxique. Dans le passé de ces malades, on ne retrouve pas tellement de tares en dehors de

l'épisode encéphalitique infantile. Pour la rédaction du certificat de sortie de ces malades, on peut mentionner « épisode de nature toxique », de façon à ne pas faire état de l'épilepsie qui entraînerait une réforme injustifiée ici.

M. MARCHAND. — Dans l'étiologie de l'épilepsie alcoolique on doit distinguer l'épilepsie alcoolique accidentelle ou toxique aiguë de l'épilepsie alcoolique chronique ou épilepsie alcoolique proprement dite, car les modifications cérébrales qui constituent le substratum des crises ne sont pas les mêmes dans les deux formes cliniques.

M. Brissot et ses collaborateurs n'ont en vue ici que l'épilepsie convulsive accidentelle survenant au cours des accidents aigus ou subaigus de l'alcoolisme. Leur communication entraîne les quelques remarques suivantes sur cette forme étiologique de l'épilepsie.

Les crises accidentelles peuvent se produire au cours de l'ivresse, du délire alcoolique aigu ou subaigu, au cours de l'alcoolisme chronique quand le sujet fait de plus fortes libations ; elles peuvent survenir isolément comme première manifestation d'une intoxication alcoolique aiguë ou subaiguë.

M. Brissot nous dit qu'il n'a pas observé de crises convulsives au cours de l'ivresse. Parmi les individus habituellement sobres qui se mettent en état d'ivresse, très peu présentent en effet des crises convulsives. Je vous donnerai cependant comme exemple l'observation personnelle d'un camarade d'internat qui n'avait jamais fait d'excès éthyliques et qui fut atteint de trois crises d'épilepsie après un banquet de thèse, pendant lequel il avait fait de fortes libations et bu plusieurs verres de kummel. Il ne présenta plus jamais d'autres crises.

Au cours de l'alcoolisme aigu (*delirium tremens*) qui n'apparaît que chez des individus qui s'intoxiquent depuis longtemps, les crises convulsives sont assez fréquentes puisque dans notre statistique nous les notons dans 15,2 p. 100 des cas (1).

Au cours du délire alcoolique subaigu, les crises sont également fréquentes et le fait est signalé depuis longtemps. Dans les services de malades aigus de Sainte-Anne, les médecins ont souvent l'occasion de constater une morsure de la langue au moment de l'internement de ces malades. Dans notre statistique portant sur 349 sujets, nous en trouvons 11 p. 100 ; il est curieux de voir

(1) *Paris Médical*, 10 juillet 1937, p. 29, — et *Maladies mentales*. A. Legrand, Ed. 1939, p. 81.

que c'est le même pourcentage que Magnan et Bouchereau, placés dans les mêmes conditions d'observation, trouvaient dans le même asile en 1870. J'ai signalé bien d'autres statistiques, encore plus fortes que celle de M. Brissot.

De nombreux auteurs ont cherché à attribuer aux crises convulsives des caractères différentiels permettant de les distinguer de l'épilepsie ordinaire. D'après mes observations, l'accès convulsif survient sans prodromes, sans aura ; les convulsions sont violentes mais ces caractères ne sont pas suffisants pour en faire une forme clinique spéciale. Autre constatation, en dehors des crises les sujets ne présentent pas d'absences. Les crises disparaissent sans traitement spécial sous l'influence de l'abstinence. A noter que les crises sont particulièrement fréquentes chez les blessés cranio-cérébraux qui font des crises éthyliques, mais on peut les observer chez des sujets dont les tares héréditaires et personnelles ne sont pas particulièrement chargées.

M. FERDIÈRE. — Le médecin a-t-il le droit, dans un but diagnostique, de supprimer le gardénal ?

M. BRISSOT. — Le commandement envoie le malade, chez lequel les crises ont été constatées, pour qu'on en élucide la nature. S'il s'agit d'épilepsie essentielle, des crises convulsives apparaissent à la suppression du gardénal. Chez les alcooliques, sur 200 cas, je n'ai observé qu'une seule crise confusionnelle à la suite de la suspension du traitement.

M. CEILLIER. — Cette question, d'un gros intérêt pratique l'an dernier, conserve un intérêt scientifique. J'ai observé, chez un sujet en état d'ivresse, une crise d'épilepsie vraie de nature toxique.

M. HENRI CLAUDE. — La question soulevée ici est extrêmement complexe et extrêmement étendue. Y a-t-il une épilepsie toxique en dehors de celle qui est provoquée par une lésion organique ? Non seulement l'alcoolisme peut occasionner de semblables crises, mais une simple indigestion, avec les troubles gastro-hépatiques qu'elle entraîne. Ces crises possèdent les mêmes caractères que celles de l'épilepsie d'origine organique. Or, dans les Compagnies de chemins de fer, bien que l'on compte bien des alcooliques, très peu présentent des accidents épileptiques. C'est qu'il faut, je crois, une certaine épine organique, une prédisposition psychonévropathique, si vague que

puisse paraître ce terme. L'épilepsie expérimentale, chez les animaux porteurs de lésions corticales, montre combien d'éléments entrent en jeu dans cette complexité.

M. HARTENBERG. — Il n'y a rien d'étonnant à ce que la crise toxique ressemble tant à l'épilepsie essentielle, car on sait le rôle que jouent dans celle-ci les causes favorisantes toxiques, qui agissent sur ces cerveaux prédisposés : pour certains, des causes très minimes suffisent : une quantité très faible d'alcool, un trouble digestif. Mais à côté de ces cas, un problème très grave se pose : chez des sujets qui n'ont aucune prédisposition cérébrale, peut-il exister une épilepsie purement toxique, dans laquelle l'alcool à fortes doses exerce sur le cerveau une action semblable à celle du cardiazol ?

M. BRISSOT. — Il faut établir une distinction entre l'action du vin et celle des essences, comme dans le cas cité d'ivresse par le kummel. L'alcool, isolé, n'agit pas comme les toxiques spéciaux.

M. GUIRÀUD. — D'ailleurs certains vins, comme je l'ai constaté en Anjou, sont bien plus épileptogènes que d'autres.

Interprétations délirantes de préjudice avec excitation suivies de chorée chronique, avec anémie aiguë, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET, FOLLIN.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer à la Clinique des maladies mentales une malade qui fut internée en 1936 pour une psychose dont la situation nosologique était, comme en font foi les certificats alors rédigés, difficile à préciser. A notre examen, quatre ans plus tard, l'existence d'une chorée chronique ne faisait aucun doute. Enfin, en cours d'hospitalisation, l'on put constater une hypoglobulie très importante, mais très fugace. Tels sont les faits, extrêmement disparates, qui caractérisent cette observation. Doit-on les considérer comme des manifestations morbides isolées, et indépendantes les unes des autres, ou au contraire, faut-il les associer étroitement et y voir des manifestations un peu atypiques du même processus morbide ? La confrontation des données, éparses dans la littérature, peut, semble-t-il, permettre de résoudre ce problème.

Voici les faits dans leur ordre chronologique.

OBSERVATION. — Henriette H. fut internée à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, le 16 mai 1936, à l'âge de 60 ans, sur certificat très explicite du Docteur Heuyer : « Idées délirantes de préjudice. Interprétations morbides. Depuis plusieurs mois, intrusion de personnages à son domicile en son absence ; substitution d'objets précieux contre des objets sans valeur ; ouvriers déguisés, l'un d'eux habillé en femme ; reconnaissance de sa photographie dans un numéro du *Figaro* de février dernier. Extension des interprétations, possibilité d'onirisme : a vu des individus descendre des paquets de linge ensanglanté ; a vu les concierges et des locataires toucher de l'argent. Illusions ou hallucinations auditives ; a entendu : « paie tout de suite » — « on te supprimera ». Histoire compliquée d'espionnage, de manque de surveillance de la voie ferrée ; changements suspects des concierges, de locataires.

« Début des interprétations l'an dernier.

« Pour éviter « les responsabilités », vente de sa maison en février dernier. Gestion apparemment raisonnable de ses intérêts : rente viagère acquise avec le prix de vente de sa maison. Vie solitaire depuis son divorce, il y a vingt ans. Probabilité de sous-alimentation par restrictions de nourriture. Économie. Thésaurisation. Tenue méticuleuse des comptes.

« Peu de signes neurologiques. *Un peu d'instabilité de la marche et de la station debout.* Vivacité des réflexes tendineux. Acrocyanose. Pouls : 91. Réactions anxieuses et quérulentes. Multiples coups de téléphone au commissariat de police pour avertir qu'elle venait de voir le concierge transporter un cadavre et le brûler sur la voie ferrée.

« Psychose d'épuisement chez une avare (?).

« Permis de conduire à supprimer. »

Le Dr Capgras fut amené à rédiger les trois certificats suivants :

Certificat immédiat, le 17 mai 1936 : « Psychose paranoïde pré-sénile. Excitation intellectuelle. Loquacité. Prolixité. Idées confuses de persécution, hallucinations auditives. Une dame Wertheimer, déguisée en homme, l'a poursuivie jusqu'ici et a crié toute la nuit « Police-Secours ». On la traite d'espionne. On entre chez elle et on lui vole ses bibelots. Déclare qu'elle a acheté à Chevreuse une maison de 100.000 francs qu'elle a revendue 350.000 francs, puis une autre maison, boulevard Péreire, 380.000 francs qu'elle a restaurée et revendue 425.000 francs. Les journaux la salissent, la calomnient. — A maintenir. »

Certificat de quinzaine, 30 mai 1936 : « Est atteinte de psychose paranoïde avec idées de persécution, hallucinations auditives, fausses reconnaissances, propos sans suite, protestations, agitation par intervalles. — A maintenir. »

Certificat de transfert à l'asile privé de Sceaux, le 3 juin 1936 : « Est atteinte d'excitation maniaque avec idées confuses de persécution, fausses reconnaissances, mobilité d'humeur, actuellement améliorée. Peut être transférée à l'asile privé de Sceaux. Deux infirmières sont nécessaires pour l'accompagner. »

Nous avons tenu à donner le texte intégral des éléments du dossier pour bien montrer la difficulté qu'il y avait alors à situer exactement la psychose dont était atteinte Henriette H. Il semble que les manifestations oniroïdes qui évoquaient le diagnostic de psychose aiguë, et en particulier de psychose d'épuisement, aient très vite disparu. Les idées délirantes étaient des idées de préjudice et de persécution vagues, comme il est fréquent d'en constater au cours de psychoses préséniles. Par contre l'excitabilité fut telle, qu'après un mois d'observation, elle a semblé dominer le tableau clinique et les phénomènes délirants passer au second plan. Les manifestations neurologiques étaient très discrètes et limitées à une certaine instabilité de la marche.

Le 3 juin 1936 Henriette H. fut mise en traitement dans une clinique privée et son médecin, le Docteur Bonhomme, voulut bien nous faire tenir la note suivante, ce dont nous le remercions vivement : « Physiquement, beaucoup mieux qu'à l'entrée. Reste *seule, enfermée*, dans sa chambre dans l'*obscurité*. Semble affaiblie. Présente un fond d'indifférence affective. Inactivité absolue. Collectionnisme. »

Henriette resta à la clinique du 3 juin 1936 au 12 juin 1940. Son état fut à peu près stationnaire. Elle évitait tout contact avec les autres malades et recherchait la solitude complète. Figée dans une attitude stéréotypée suivant l'expression de son médecin, et vivant dans l'obscurité, elle avait un comportement bien voisin des choréiques décrits par Huntington, qui insistait particulièrement sur le désir, qu'avaient ses malades, de fuir le monde et de masquer, autant que possible, leurs mouvements involontaires.

Le 12 juin 1940 Henriette entre à la clinique de la Faculté. Elle est alors âgée de 64 ans. C'est une femme de taille assez grande, mince sans maigreur excessive, et dont le visage a une couleur d'ivoire. Elle est agitée de mouvements incessants : le contact, malgré la conservation d'automatismes sociaux, est assez difficile. La malade est réticente, se borne à demander un avocat. Elle refuse de parler d'elle-même, et, en particulier, ne tient pas à indiquer quand et comment ont débuté les troubles moteurs dont elle souffre, et dont elle ne reconnaît qu'implicitement l'existence. Il est impossible de rendre la physionomie exacte de l'interrogatoire ; aussi préférons-nous classer, de façon systématique, les divers symptômes constatés.

I. *Sphère psychique* : Les idées délirantes exprimées sont assez pauvres. Henriette prétend avoir été victime du chantage d'un inspecteur de police, à qui elle reproche de lui avoir extorqué de l'argent. D'ailleurs n'a-t-il pas été justement révoqué. Elle désire le poursuivre, et demande un avocat, à la fois pour entamer une procédure et obtenir sa sortie par voie judiciaire. La malade a tout oublié des visions d'horreur qui avaient motivé son appel à Police-Secours ; elle se rappelle

seulement avoir demandé protection... Quant au souvenir des persécutions dont elle fut l'objet de la part de sa concierge et de ses locataires, il a également disparu de sa mémoire. Ces quelques détails sont très difficiles à obtenir. L'on ne peut savoir s'il s'agit d'un processus hallucinatoire ou interprétatif. Toute l'expression spontanée du délire tient en quelques phrases stéréotypées monotones. Demande d'un avocat, désir de poursuivre l'inspecteur G...

Fond mental : Et pourtant l'expression verbale est correcte, en dehors des troubles purement moteurs, dyphonie et dyslalie, dont il sera fait état à l'examen neurologique. La phrase est bien construite, les mots sont utilisés dans leur sens usuel. Il n'y a pas de néologismes dans le discours. Le débit, avons-nous dit, est monotone, et les phrases sont stéréotypées ; ceci semble relever de cette dyslogie de courant sur laquelle Pichard a insisté, dans l'étude des troubles de la pensée chez un choréique de Huntington. La malade s'accroche à une idée, habituellement chargée d'une certaine signification affective. Elle la répète inlassablement sans varier en quoi que ce soit la forme de sa phrase. Cette adhérence à l'idée est particulièrement remarquable, mais ne s'accompagne pas, comme dans le cas de Pichard, d'une verbosité incoercible. Si l'on n'entretient pas la conversation, Henriette se calme assez vite et retombe dans son indifférence habituelle. Cette indifférence semble d'ailleurs traduire un certain *affaiblissement intellectuel*, dont les traits les plus marquants sont les mêmes que ceux qui caractérisent la démence de la chorée héréditaire.

Les troubles de l'attention sont chez elle très marqués. C'est ainsi qu'elle est incapable de résoudre un problème élémentaire, par oubli des termes mêmes de l'opération proposée ; qu'elle ne sait pas exécuter correctement un ordre tant soi peu compliqué... Lorsqu'on lui propose une épreuve de ce genre, il est nécessaire de répéter plusieurs fois ce que l'on exige d'elle. Cette précaution prise, l'exécution est correcte, même si l'on emploie des termes strictement identiques, pour en exposer les données.

Vurpas et Léri se sont efforcés de préciser les caractères de la dysmnésie observés chez de tels malades. Ils incriminent une difficulté de représentation mentale, de vision mentale de l'objet, ou de la scène à évoquer. Et ils donnent, pour preuve de ce trouble élémentaire, l'impossibilité où sont, disent-ils, les malades d'énumérer une série assez longue d'objets ou d'êtres appartenant au même groupe. Leur demande-t-on, par exemple, de citer les noms de quelques animaux domestiques, ils s'en tiennent à deux ou trois et ne peuvent aller au delà. Nous avons répété la même épreuve chez notre malade et nous avons constaté qu'elle avait à sa disposition un grand nombre d'éléments pour toute une série usuelle. De plus, elle est capable de décrire avec précision la disposition de la clinique où elle était en traitement et ne semble pas manquer de vision mentale. Les malades de Vurpas et de Léri étaient incapables de définir un objet autrement que par sa fonction.

Ainsi une chaise, un tabouret, un fauteuil étaient tous « des choses pour s'asseoir » et ne présentaient pas de caractères individuels. Au contraire, Henriette H., qui hésite à énumérer des objets, qu'on vient de lui montrer, les évoque de façon très satisfaisante lorsqu'on la met sur la voie. C'est ainsi qu'un instrument pour les ongles appelle immédiatement le souvenir de « la lime » qu'elle avait vue quelques instants auparavant. Elle ne se trompe pas et n'hésite pas entre un polissoir, des ciseaux, un grattoir, comme elle aurait pu le faire, si la mémoire visuelle lui manquait absolument.

Nous aurions tendance à rapporter ce trouble de l'évocation à une *inattention* profonde. Cette inattention cède d'ailleurs dès que l'affectivité de la malade est en jeu... Au cours d'un examen de la mémoire d'évocation, nous lui avons montré des images représentant des objets ménagers au milieu desquelles s'en était glissée une sur laquelle étaient figurés trois enfants. La malade s'était, pour une raison difficile à préciser, mise dans une violente colère, prétendant que nous avions essayé de l'induire en erreur pour prouver qu'elle était malade mentalement. Cette scène semblait oubliée, mais quelques jours plus tard Henriette nous a rappelé spontanément, en revoyant l'image aux trois enfants, que nous avions voulu lui tendre un piège.

Si les troubles de l'attention nous semblent être prédominants, comme d'ailleurs, dans un cas de chorée chronique héréditaire que nous avons eu l'occasion d'observer au même moment, il n'en existe pas moins un affaiblissement intellectuel global mais léger. Henriette n'a aucune conscience de son état morbide. Elle est assez bien orientée dans le temps mais assez mal dans l'espace. Ainsi elle se croit à la clinique, dans un hôpital, mais est persuadée qu'il s'agit d'une annexe de Fresnes.

D'ailleurs Henriette présente également des *troubles du caractère*. Elle est impulsive, violente. Si on l'interroge sur les vols, dont elle s'est plainte autrefois, elle croit que l'on en veut à sa fortune, refuse de répondre et injurie son interlocuteur.

En conclusion, le syndrome psychique, présenté par cette malade, est fait : I. d'idées délirantes de persécution et de préjudice ; II. d'un affaiblissement intellectuel léger, sur lequel se détachent en premier plan : 1° des troubles de l'attention, 2° des troubles de l'affectivité, 3° des troubles du cours de la pensée, véritable dyslogie du courant par adhérence à l'idée.

II. *Sphère neurologique*. — Henriette présente une chorée assez accentuée. Les mouvements involontaires, qui l'agitent, sont illogiques, imprévisibles, variables. Peut-être, ainsi qu'il a été maintes fois signalé, sont-ils moins rapides et moins brutaux que dans la chorée aiguë. Si les troubles moteurs sont exagérés par l'émotion, ils disparaissent sous l'action de la volonté. Ils entraînent des troubles de la marche, qui est dansante, ébrieuse par instants. Ils rendent la parole très difficilement compréhensible. La voix est nasonnée, le débit haéché, explo-

sif. Il existe une certaine hypotonie des traits, sans que l'on puisse parler de paralysie faciale bilatérale. Les réflexes tendineux sont vifs, sans qu'il y ait de signe de Babinski. La force musculaire est conservée. Aucun signe de la série cérébelleuse, en particulier, pas d'adiadocokinésie.

III. *Etat général. Accident d'anémie aiguë.* — A l'entrée, l'état général est satisfaisant. Le pouls est à 80, la tension artérielle à 16 1/2-9. Au cœur il existe un léger élargissement aortique. L'examen viscéral est dans l'ensemble négatif. Les réactions sérologiques sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Seule la pâleur de la malade retient l'attention. Une numération globulaire donne des chiffres normaux d'hématies (4.300.000) et de globules blancs (9.200). La valeur globulaire est de 1.

15 jours environ après l'hospitalisation, le 2 juillet, la malade semble à la visite plus pâle que d'habitude, les muqueuses sont complètement décolorées. Il ne s'est produit aucun incident digne d'être noté. La tension artérielle garde sa valeur initiale. Pas de trouble digestif. Aucune tendance lipotymique.

A l'examen du sang, l'on trouve : hématies : 1.640.000, globules blancs : 15.400, valeur globulaire : 2. La formule sanguine est la suivante : lymphocytes : 9, moyens monos : 1 (10 %), grands monos : 0, polynéutrophiles : 88, éosinophiles : 0 (90 %), basophiles : 1.

Voici les résultats fournis par les examens successivement pratiqués :

Le 5 juillet : hématies : 1.730.000 ; globules blancs : 14.600 (lymphocytes et mononucléaires : 20 % ; polynucléaires : 80 %) ; valeur globulaire : 1,91.

Le 8 juillet : hématies : 2.090.000 ; globules blancs : 11.800 (lymphocytes et mononucléaires : 16 % ; polynucléaires : 84 %) ; valeur globulaire : 1,75.

Le 16 juillet : hématies : 2.700.000 ; globules blancs : 6.600 (lymphocytes et mononucléaires : 26 % ; polynucléaires : 73,5 %) ; valeur globulaire : 1,29.

Le 23 juillet : hématies : 3.000.000 ; globules blancs : 5.200 (lymphocytes et mononucléaires : 32 % ; polynucléaires : 68 %) ; valeur globulaire : 1,33.

Le 29 juillet : hématies : 3.570.000 ; globules blancs : 6.600 (lymphocytes et mononucléaires : 27 % ; polynucléaires : 73 %) ; valeur globulaire : 1.

Ajoutons que, le 19 juillet, le Docteur Moutier a bien voulu pratiquer une endoscopie gastrique qui donna lieu aux observations suivantes : estomac absolument normal ; plis bien développés ; aucune cicatrice. A noter que la muqueuse est d'une coloration à peu près normale contrastant vivement avec la couleur crayeuse de la peau... A aucun moment il n'y eut d'hémorragie, ni d'élévation thermique. Le traitement mis en œuvre fut purement symptomatique et ne tendait qu'à favoriser l'hématopoïèse. Dans les premiers jours du mois d'août la malade quittait le service.

COMMENTAIRES. — Il semble à première vue bien difficile de tenter une synthèse d'éléments si divers. Pourtant, il est séduisant d'essayer de trouver dans la littérature des cas voisins qui puissent permettre des recoupements rendant cet ensemble morbide plus compréhensible.

Syndrome délirant et chorée. — Un premier point intéressant est d'ordre chronologique. Quel est le trouble qui apparut le premier de la chorée ou du délire. Au cours du premier internement de cette malade, M. Capgras n'a pas noté l'existence de mouvements involontaires. Par contre, le médecin certificateur de l'Infirmierie spéciale fut frappé « d'une certaine instabilité de la marche ». Il semble donc que le syndrome choréique ait dû, à cette période (1936), être extrêmement discret. Ce n'est qu'à l'occasion de manifestations émotives intenses, comme celles qui accompagnent l'internement, que devaient s'extérioriser quelques manifestations motrices involontaires.

Quant au délire, il paraissait à l'entrée beaucoup plus riche qu'il ne le fut par la suite. Sans doute faut-il retenir l'impression de psychose aiguë (psychose d'épuisement) que donnait l'examen d'ensemble. Plus tard, mais très vite, les éléments psycho-sensoriels oniroïdes se sont estompés, et les idées délirantes cédèrent le pas à l'état d'excitation psychique. Or, ce mélange d'idées de persécution surtout interprétatives et d'exaltation coléreuse du ton affectif se retrouve dans bien des observations de chorée chronique, en particulier dans celles que rapportèrent Vigouroux et Cullerre au Congrès des aliénistes et neurologistes en 1909... Dans presque tous les cas, les auteurs emploient les termes d'excitation maniaque, d'excitation furieuse ; ils insistent sur des thèmes de persécution, surtout familiale, et ne notent pas d'éléments psycho-sensoriels importants dans le délire. Il semble donc bien que chez notre malade l'on soit en droit de lier étroitement les troubles mentaux au syndrome choréique.

Troubles sanguins et chorée. — Schiff et Ajuriaguerra ont rapporté au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1936, une observation de chorée coexistant avec une maladie de Vaquez. Là l'érythrémie était manifeste depuis cinq ans à l'époque où les mouvements choréiques firent leur apparition, cinq semaines avant la mort... L'examen anatomique montra deux foyers lésionnels relativement localisés. L'un était tubérien, l'autre pallidal. Les auteurs attribuent au foyer tubérien, et peut-être même aux lésions pallidales, les troubles érythrémiqes. En ce qui concerne la localisation tubérienne, ils la rendent respon-

sable d'une façon plus générale des « troubles de l'hématopoïèse, que ceux-ci aient lieu dans le sens de l'anémie ou de la polyglobulie ».

Or, les manifestations sanguines que nous avons constatées ne nous ont paru relever d'aucune cause périphérique cliniquement appréciable. Cette anémie, si massive, si brutale, s'est améliorée extrêmement rapidement sans que soit instituée une thérapeutique très intense. Aussi avons-nous tendance, en raison même de son allure cryptogénétique, à l'interpréter en fonction du contexte clinique, comme la traduction d'une modification encéphalique en relation avec le processus lésionnel, substratum des manifestations choréiques.

Ainsi chez cette malade des manifestations si divergentes relèveraient de la même cause anatomo-pathologique, la chorée chronique dont il reste toujours à établir la pathogénie et les facteurs étiologiques.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'intérêt du cas présenté réside en ce qu'il offre un syndrome interprétatif de préjudice, une chorée chronique et une anémie cryptogénétique, et que, partant du principe de l'unité d'action, cher à Charcot, nous rapportons ces diverses manifestations au même déterminisme pathogénique.

Hérédité et épilepsie. Une famille avec 4 générations consécutives d'épileptiques, par MM. H.-M. GALLOT et J.-F. BUVAT.

Les courants actuels d'idées sur l'hérédité épileptique et sur l'épilepsie essentielle ressortent clairement du Congrès neurologique de Londres en 1935, et en particulier du rapport d'Abadie, ainsi que du tout récent et important travail consacré à la question par Marchand (1). D'une part, l'épilepsie éclaterait le plus souvent chez des enfants et chez des adolescents appartenant à des familles exemptes de toute prédisposition semblable et indemnes de toute tare psychiatrique. D'autre part, l'épilepsie ne serait qu'un syndrome anatomo-clinique où les toxi-infections, l'hérédo-syphilis, les traumatismes obstétricaux joueraient le rôle principal. Cependant, tout le monde n'est pas absolument de cet avis et Pagniez, en particulier, estime qu'il existe un

(1) L. MARCHAND. — Hérédité et Epilepsies, 1 vol. *La Nouvelle Revue Critique*, Paris, 1939.

nombre important d'épilepsies qui ne reconnaissent pas de causes locales, infectieuses, toxiques ou réflexes.

Nous allons vous rapporter une observation particulièrement démonstrative d'épilepsie héréditaire, à apparence essentielle. De telles observations sont évidemment rares, nous ne connaissons guère, parmi les publications récentes, que la famille citée par Goldstein (de Bucarest) au Congrès de Londres et la famille B... de Mme Minkowska. Pour rares qu'ils soient, ces cas ne sont pas discutables et sont lourds de conséquences.

G. A..., 22 ans, entre dans le service neuro-psychiatrique du Val-de-Grâce le 2 octobre 1940, pour crises épileptiformes récidivantes depuis l'âge de 9 ans. Dans ses antécédents héréditaires on ne note rien de spécial, à part l'impressionnante série d'épileptiques que nous relaterons en détails à la fin de l'observation. Dans ses antécédents personnels on note des convulsions en bas âge, de l'énurésie nocturne jusqu'à l'âge de 10 ans. Vers l'âge de 20 ans, il a présenté des signes d'imprégnation tuberculeuse, avec légère infiltration pulmonaire, actuellement cicatrisée.

Les crises comitiales sont apparues à l'âge de 9 ans et se reproduisent en moyenne une dizaine de fois par an. Elles sont typiques, précédées, pendant une heure ou deux, par une sensation spéciale d'énervement, de malaise et d'excitation, et s'accompagnent de morsures de la langue et d'émission involontaire d'urine ; elles sont suivies d'une période de coma stertoreux, puis d'un état d'obnubilation, d'asthénie et de courbature qui va progressivement s'améliorant et qui dure 24 ou 36 heures. Les crises sont capricieuses dans leur déclenchement ; cependant le malade a remarqué que l'ingestion de liquide alcoolisé, en particulier de vin blanc, provoquait presque à coup sûr leur apparition. Le malade présente en plus quelques absences et vertiges que nous avons constatés dans le service.

A l'examen : Aucun signe neurologique. Cicatrices de morsures de la langue. Trois cicatrices, à la face, de blessures faites au cours des crises. Bordet-Wassermann négatif. Radiographie du crâne normale.

Le psychisme paraît normal, pas de bradypsychie, pas d'instabilité nette, le malade, bien orienté, effectuant correctement son travail civil d'ouvrier mécanicien spécialisé.

Les antécédents héréditaires du malade, que nous résumerons dans un tableau, sont les suivants :

le grand-père du malade était éthylique et présentait des crises d'épilepsie. Il est mort accidentellement au cours de l'une d'elles (chute d'un échafaudage). Il a eu trois enfants, deux garçons et une fille ;

la fille (tante du malade) est vivante et bien portante, sans enfant ;

le premier garçon (père du malade) est atteint de crises d'épilepsie depuis l'enfance et est vivant ;

le deuxième garçon (oncle du malade), comitial depuis l'enfance, est décédé à 23 ans en état de mal ;

le père du malade a eu douze enfants : un du premier lit, onze du deuxième lit.

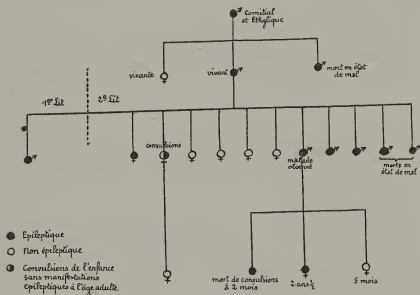
Le fils du premier lit est vivant, comitial depuis l'enfance.

Du deuxième lit, quatre filles sont vivantes et bien portantes. Une cinquième fille est épileptique. La sixième fille a eu des convulsions dans l'enfance, ne présente aucun autre symptôme comitial actuellement, et est mère d'une fille vivante, bien portante, âgée de 2 ans 1/2.

Les cinq garçons du deuxième lit, dont notre malade est l'aîné, sont tous atteints de mal comitial. Deux sont morts, l'un à 7 ans, l'autre à 11 ans, en état de mal.

Enfin notre malade est marié, a une femme bien portante dont il a eu trois enfants : un garçon mort de convulsions à 2 mois ; une fille atteinte de convulsions périodiques récidivantes et âgée de 2 ans 1/2 ; une fille bien portante de 5 mois.

Nous résumons ces antécédents dans le tableau suivant :



De la lecture du tableau qui précède, on peut tirer les remarques suivantes :

1° le mal comitial frappe chacune des quatre générations sans que l'on puisse retrouver d'autre agent épileptogène que l'éthylisme du grand-père de notre malade, qui était d'ailleurs lui-même épileptique ;

2° sur 20 personnes réparties en quatre générations :

10 sont certainement épileptiques et parmi elles trois sont mortes en état de mal,

3 ont présenté des convulsions dans l'enfance,

1 en est morte à 2 mois,

1 est adulte et bien portante,

1 n'a que 2 ans 1/2,

7 sont indemnes ; parmi ces 7 l'une n'est âgée actuellement que de 5 mois ;

3° sur ces 20 personnes, il y a 11 garçons et 9 filles ; tous les garçons, sans exception, sont atteints de mal comitial ou de convulsions ; parmi les filles, une seule est épileptique, deux sont atteintes de convulsions ;

4° dans cette famille, en dehors de l'épilepsie à type comitial, il n'y a pas d'autre manifestation mentale ou nerveuse.

En résumé, sur quatre générations d'une famille issue d'un épileptique, 35 0/0 seulement des membres sont sains, 15 0/0 sont des comitiaux douteux et 50 0/0 des comitiaux avérés. Tout nous donne à penser qu'il existe dans cette famille un facteur héréditaire épileptique grave frappant plus particulièrement le sexe masculin, se transmettant par hérédité paternelle, et qui, peut-être, est en rapport avec l'éthylisme du grand-père, sans que cela soit prouvé. De plus, nous tenons à souligner l'absence de toute trace de syphilis héréditaire chez notre malade, et le fait qu'aucune des femmes de cette famille n'a fait de fausses couches répétées.

Comment expliquer une telle hérédité comitiale qui exclut l'intervention de toute lésion acquise du système nerveux ?

M. Pagniez, étudiant l'épilepsie expérimentale, parasitaire, du cobaye, a pu écrire que ces animaux, comme l'homme, sont des convulsionnaires en puissance. Ce qui semble héréditaire dans une famille comme la nôtre, c'est l'aptitude convulsivante, l'abaissement du seuil convulsif, en somme une irritabilité spéciale du tissu nerveux ou peut-être une dystrophie fixe et héréditairement transmise dont la cause nous échappe. On pourrait admettre aussi, étant donné que « l'étude de l'épilepsie tend de plus en plus à se déplacer du point de vue nerveux vers le point de vue humoral » (Pagniez), qu'il s'est transmis de génération en génération une instabilité humorale particulière génératrice, par un mécanisme qui nous échappe, de la crise vasomotrice substratum de l'accès.

En définitive, nous ne savons rien mais nous devons constater que, malgré les progrès de l'anatomie pathologique et de la neurochirurgie, nombre d'épilepsies, et ce sont encore de beaucoup les plus nombreuses, apparaissent bien comme essentielles et que l'hérédité épileptique n'est pas toujours un vain mot ou une erreur d'interprétation.

A nos yeux les faits positifs, quoique rares par rapport à toutes les constatations négatives, conservent une valeur démonstrative considérable et non encore expliquée. M. Pagniez a bien souligné au Congrès neurologique de Londres de 1935 que « si l'épilepsie « essentielle tend de plus en plus à être démembrée dans les « traités classiques et à y tenir une place de moins en moins « importante, il n'en est pas moins vrai qu'elle, et elle seule, « préoccupe la plus grande majorité des chercheurs ».

En conclusion, il semble bien ressortir malgré tout des études contemporaines, ainsi que de l'observation que nous rapportons, que la question de l'hérédité épileptique n'est pas close et que le problème de l'existence d'une épilepsie essentielle « névrose héréditaire », telle que la concevait Liveing en 1873, reste entier.

M. MARCHAND. — Dans cette question relative à l'hérédité chez les sujets atteints d'épilepsie, il y a lieu de distinguer tout d'abord l'hérédité vraie ou génotypique et l'hérédité pathologique. Or, dans les rares observations portant sur plusieurs générations, observations que l'on présente comme favorables à la thèse de l'épilepsie maladie héréditaire ou familiale, l'insuffisance des diagnostics cliniques sur les aïeuls, les bisaïeuls et les trisaïeuls est manifeste ; on ignore complètement qu'elles ont pu être les influences des facteurs extérieurs (syphilis, alcoolisme, infections, traumatismes, etc...) sur les cellules germinatives ou sur le cerveau lui-même... Tous les cliniciens savent combien il est déjà difficile d'avoir des renseignements complets sur les ascendants directs d'un épileptique.

L'hérédo-syphilis, par exemple, peut déterminer l'épilepsie considérée comme idiopathique, et souvent le seul renseignement qui permet de reconnaître cette étiologie, c'est l'aveu par les parents de leur syphilis ; au moment où on examine le malade, les réactions sanguines et même liquidiennes sont souvent négatives chez celui-ci et ses ascendants. Comment une telle tare peut-elle être mise en évidence chez les grands-parents ?

Dans la communication actuelle, je note qu'un grand-père était alcoolique, que le dernier descendant épileptique a été atteint de

convulsions infantiles, que d'autres sujets ont présenté également des convulsions, et des cas de méningite sont signalés. Chez de tels sujets, l'épilepsie a une base organique et on doit attacher à l'action des facteurs extérieurs dans la pathogénie du syndrome épileptique un rôle bien plus important qu'une simple hérédité basée sur des renseignements dénués de précision.

Mme MINKOWSKA. — On demande des preuves certaines du caractère familial ou de l'origine infectieuse. Or ces preuves sont très difficiles à établir, on éprouve une difficulté considérable à relier le présent du malade à son passé ; lui-même, souvent, n'a pas de renseignements sur sa famille ! Seule l'observation d'une lignée entière peut être concluante : c'est ce que j'avais pu faire lorsque j'ai établi mes généalogies, la famille B. était tout entière concentrée dans un même village. Comment se fait-il qu'à une certaine époque de la psychiatrie française, Baillarger, Falret, Morel, Voisin aient toujours affirmé l'importance du facteur hérédité dans l'épilepsie ? Je pense qu'ils avaient, bien mieux que nous, la possibilité de connaître des généalogies entières.

M. HARTENBERG. — Des cas comme celui-ci sont d'une extraordinaire rareté. On ne peut pas se baser sur eux pour établir une pathogénie de l'épilepsie. Jamais, M. Marchand non plus que moi, sur des milliers de cas, n'avons vu apparaître l'épilepsie sans l'intervention de causes organiques. On peut toujours faire la preuve des lésions cérébrales : encéphalites ou traumatisme obstétrical. Dans des familles de 6, 7, 8 enfants, il n'y a pas plusieurs épileptiques, et pour le malade on trouve la raison de la lésion cérébrale. Chez des jumeaux, nous avons vu l'un d'eux qui a subi une lésion cérébrale être épileptique, l'autre ne l'est pas. L'épilepsie est toujours une maladie acquise, et ne devient épileptique que celui qui a présenté une lésion cérébrale.

M. GUIRAUD. — Sur les électroencéphalogrammes, on trouve les courbes caractéristiques non seulement chez les épileptiques, mais encore chez certains membres de leur famille qui ne franchissent pas le seuil des manifestations convulsives.

M. MARCHAND. — D'après les travaux récents concernant l'électro-encéphalographie chez les épileptiques, l'activité électrique épileptiforme peut se rencontrer chez les différents membres des familles des épileptiques sans qu'elle se traduise par des acci-

dents cliniques, mais cette dysrythmie cérébrale paroxystique peut aussi se manifester chez des personnes appartenant à des familles normales ; elle n'indique donc pas spécialement une prédisposition congénitale au développement de l'épilepsie ; elle s'observe surtout chez les frères et sœurs d'épileptique et peut ainsi être en rapport avec une hérédité pathologique. Ajoutons qu'actuellement il est très difficile de préciser où commencent et finissent les modifications normales et pathologiques enregistrant les décharges synchrones des neurones corticaux.

M. MINKOWSKI. — Avez-vous des renseignements sur les conjoints de cette famille ?

M. GALLOT. — Nous n'avons pas l'intention de dégager de ce cas une théorie générale de l'épilepsie, ni d'exclure l'action des facteurs toxiques. Mais cette famille présente une série de coïncidences vraiment particulière, qui dénote une fragilité, une susceptibilité cérébrale extraordinaire. Les conjoints paraissent normaux, et l'épilepsie a toujours respecté les filles.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances,
Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

Séance du Jeudi 14 Novembre 1940

Présidence : M. Paul GUIRAUD, président

PRÉSENTATIONS

Deux cas de paralysie générale infantile, dont l'un traité par la malaria, par MM. R. DUPOUY, SÉBILLOTTE et MAURICE.
(Présentation des deux malades).

Voici deux cas de paralysie générale infantile qui, par certaines de leurs particularités, méritent d'être relatés.

OBSERVATION I. — Le premier de nos malades, G. Louis, actuellement âgé de 16 ans, a toujours été un débile avec perversions instinctives, vols, fugues, homosexualité. A dix ans, on l'a renvoyé de son collège ; on l'avait surpris se livrant à l'onanisme buccal sur un de ses camarades. Examiné médicalement et reconnu atteint d'hérédo-syphilis avec Bordet-Wassermann fortement positif dans le sang, il fut traité longuement par des piqûres. La ponction lombaire ayant révélé un liquide céphalo-rachidien positif et le diagnostic de paralysie générale infantile ayant été posé par le Professeur Gougerot, une impaludation fut effectuée à la maison de santé de Châtenay en 1935, puis l'enfant placé dans des établissements spéciaux, à Vitry, puis à Chancepoix, où toujours il se livre à des fugues, à des vols d'objets ou d'argent, à des actes homosexuels avec un camarade. Il est, en novembre 1939, admis à l'hôpital de Meaux d'où il s'évade à trois reprises et finalement échoue à Paris chez un parent.

Dès 1937, à Chancepoix, on remarque qu'il vole des sous-vêtements de femme, bas, chemises et culottes qu'il revêt ; habillé en femme, il s'essaie au coït anal avec un camarade et se livre à la masturbation réciproque ou bien se masturbe solitairement dans son linge de femme. A Paris, toujours muni de linge féminin, il fréquente les vespasiennes pour s'y faire masturber ou se rend dans les abris des Invalides où, malgré ses dénégations, il a dû accomplir des actes d'homosexualité. Jamais il n'a manifesté d'attirance pour la femme.

Au point de vue mental, il paraît plus débile que dément et l'on n'a pas signalé de régression franche de son intelligence. A l'examen physique, l'on relève peu de troubles : la pupille droite est seulement paresseuse, la dysarthrie des plus minimes ; il existe un léger tremblement de la langue et des doigts. Le sang est négatif, mais le liquide céphalo-rachidien est encore partiellement confirmatif (albumine 0,70 avec Pandy et Weichbrodt positifs ; leucocytes 1,2 ; Benjoin 111000.22222.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs).

Il est à noter qu'une sœur, atteinte elle aussi d'hérédo-syphilis avec surdi-mutité, a été traitée par des injections de néosalvarsan ; le liquide céphalo-rachidien s'était montré normal ; malgré le traitement, le Bordet-Wassermann est resté positif dans le sang ; âgée de 18 ans, elle serait en train de mourir de tuberculose aiguë.

OBSERVATION II. — Notre deuxième malade, L. Guy, pareillement âgé de 16 ans, est entré à l'hôpital Henry-Rousselle le 21 octobre pour épilepsie, arriération, troubles du caractère, hérédo-syphilis. Le père est lui-même paralytique général. Il n'a été reconnu et traité comme syphilitique qu'en 1924, lors des premiers accidents présentés par son enfant. Son Bordet-Wassermann sanguin se révéla positif. Malgré les traitements institués (sulfarsénol et bivotol), il fut atteint en 1935 d'une paralysie générale, stabilisée aujourd'hui après traitement par le stovarsol et le néodmecos ; il souffre, en outre, d'une aortite avec insuffisance. La mère, dont le Bordet-Wassermann sanguin était négatif en 1924, fut mise néanmoins au traitement ; elle eut en 1927 un deuxième garçon, traité dès sa naissance, qui fit quelques convulsions à l'âge de cinq mois mais se développa ensuite normalement, au point de vue physique et mental.

Guy, né à terme, eut des crises convulsives de 5 à 18 mois ; dès ses premières crises, le père ayant été reconnu syphilitique, il fut traité par des frictions mercurielles et des injections de sulfarsénol ; malgré cela, il fut toujours un grand arriéré, parle et marche seulement à deux ans et demi, défectuosité constante de l'élocution verbale, notions scolaires très rudimentaires. En 1933, à 9 ans, il présente durant trois jours de l'aphasie et des hallucinations visuelles avec zoopsie ; tout disparaît après une ponction lombaire ; l'examen du liquide céphalo-rachidien donne : albumine 0,65 ; glucose 0,55 ; leucocytes 6 (lymphocytes 95 0/0) ; Bordet-Wassermann + + +. Deux séries de muthanol sont pratiquées chaque année. En juin 1940, trois crises épileptiques qui ne se reproduisent pas après gardénalothérapie. Depuis quelques mois enfin, troubles croissants du caractère ; il est devenu irritable, coléreux, impulsif ; il frappe et griffe son père qui, physiquement et mentalement affaibli, ne peut se défendre ; il bat son jeune frère dont il est devenu jaloux et dont il pique la photographie avec des épingles ; il fait preuve d'une incapacité sociale absolue.

Au point de vue mental, la démence, greffée sur l'arriération, est manifeste ; le faciès est atone, inexpressif ; les connaissances sont à peu près nulles, les calculs les plus simples impossibles, les dessins auxquels il se complaît dans la journée, informes.

Au point de vue physique, nous noterons, en plus de certains stigmates d'hérédo-syphilis, de l'inégalité pupillaire avec irrégularités du contour et paresse irienne très accusée à droite ; de la dysarthrie avec lenteur et bredouillement plus accentué encore aux mots d'épreuve ; de l'hyperréflexivité tendineuse.

Dans le sang, le Bordet-Wassermann est partiellement positif, le Meinicke et le Kahn négatifs. Dans le liquide céphalo-rachidien on note (22×40) : albumine 1 gr. 20 (Pandy ++, Weichbrodt +) ; leucocytes 17 ; Benjoin 22222.22222.00000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann positifs.

Ces deux observations nous montrent un certain nombre d'analogies mais aussi d'oppositions ; nous les résumerons ainsi.

Chez l'un de nos malades, débilité simple et principalement perversions instinctives, homosexualité et fétichisme de vêtements féminins (forme surtout intellectuelle de paralysie générale). Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Impaludation. Paralysie générale fixée, non évolutive. Régression intellectuelle peu évidente. Atténuation considérable du syndrome physique et humoral.

Arriération profonde, convulsions et épilepsie chez l'autre (forme surtout méningée et vasculaire de paralysie générale), fils de syphilitique non traité et devenu lui-même paralytique général. Chimiothérapie sans impaludation. Paralysie générale évolutive à marche dementielle. Réactions humorales encore fortement positives dans le liquide céphalo-rachidien.

Nous serions heureux, à l'occasion de cette double présentation, de connaître l'opinion de la Société concernant les résultats de la malarisation chez les paralytiques généraux infantiles d'une part, chez les hérédo-syphilitiques arriérés ou pervers, non paralytiques généraux mais avec Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien d'autre part.

M. MARCHAND. — L'évolution de la paralysie générale a été différente chez chacun de ces deux enfants. Chez l'un, la paralysie générale a débuté dans le tout jeune âge, puisque le malade a eu des crises convulsives entre six et dix-huit mois. Son cerveau a été atteint par la méningo-encéphalite syphilitique dès son développement pourrait-on dire. Aujourd'hui son affection

rentre dans le groupe des idioties acquises. Chez l'autre, la paralysie générale semble n'avoir débuté qu'à dix ans, à un âge où le cerveau a déjà acquis un certain développement ; il a été soumis à un traitement par la malaria et l'évolution de la paralysie générale semble stabilisée. Le traitement a agi favorablement sur le processus syphilitique comme cela s'observe chez l'adulte. Ce fait est exceptionnel dans la paralysie générale infantile. Néanmoins, ce malade, âgé de 16 ans, n'est pas guéri ; on constate encore, outre une faiblesse intellectuelle, de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien, une prolongation de la précipitation du benjoin dans la zone méningitique. En supposant que l'affection ne reprenne pas un cours évolutif dans l'avenir, je doute que ce sujet puisse être suffisamment récupéré socialement pour gagner sa vie.

M. GUIRAUD. — Il est de règle que la malariathérapie donne chez le paralytique général juvénile des résultats beaucoup moins brillants que chez l'adulte. Des récidives surviennent fréquemment. Encore faut-il, après l'impaludation, faire pendant longtemps des séries de stovarsol. Quel a été l'intervalle entre les deux ponctions lombaires du second malade ?

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Le premier malade, impaludé, se trouve fixé, et le restera. Il n'en est pas de même du second, qui évolue encore. Par ailleurs, ce dernier est né peu après le début de la syphilis paternelle, qui n'avait pas été traitée jusque-là. Quand on est fils de paralytique général, disait Gilbert Ballet, il vaut mieux être né à une date assez avancée de la maladie paternelle, quand elle a été traitée et qu'elle est devenue moins virulente. Ces sujets présentent-ils des manifestations endocrinien-nes ? J'ai publié autrefois un cas de paralysie générale chez un hérédo-syphilitique qui présentait d'énormes altérations thyroïdiennes.

M. SÉBILLOTTE. — Chez le second malade, la première ponction lombaire a été pratiquée en 1933, la seconde en octobre 1940. Au point de vue endocrinien, il faut signaler chez lui, à l'opposé du premier malade, l'absence d'instincts génésiques.

Délire d'intuition, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Jean DELAY et DESHAIES. (*Présentation du malade*).

Depuis longtemps on a reconnu le mécanisme intuitif de certaines conceptions délirantes. Mais les cas dans lesquels la conviction délirante est exclusivement entretenue par des épisodes intuitifs restent rares. C'est à ce titre que nous relatons l'observation suivante, qui nous a paru mériter le terme de « délire d'intuition ».

OBSERVATION. — M. Jean est un homme de 32 ans, sans antécédent pathologique notable. Son développement psycho-moteur a été normal. Il a fréquenté l'école jusqu'à 13 ans et a obtenu son certificat d'études primaires. Puis il a gagné sa vie comme apprenti-tapissier et comme garçon-livreur. Service militaire sans incident. Marié à 23 ans, il est père de deux enfants bien portants. Très sobre, ayant une moralité exemplaire, d'humeur égale et douce, M. n'avait d'autre ambition que de gagner honnêtement sa vie et celle de sa famille. Aucune activité politique. De religion catholique, il a toujours été « croyant », mais « peu pratiquant » : « Je n'allais à la messe qu'une fois par an, le dimanche des Rameaux, pour avoir du buis. »

Mobilisé fin août 1939, comme brigadier-chef de D.C.A., son comportement fut tout à fait normal pendant les premiers mois de la guerre. Le 11 février 1940, vers onze heures du matin, alors qu'il était assis en train d'écrire à sa femme sa lettre quotidienne, M. fut soudain obligé d'interrompre sa lettre, en proie à une émotion extraordinaire. Tout à coup, sans qu'aucun incident, aucune lecture, aucune conversation eût orienté le cours de ses pensées, il eut la certitude immédiate, absolue, pathétique que la guerre était perdue : la France allait vers une catastrophe et c'était lui, M. Jean, qui était chargé de prévenir ce désastre et d'avertir les chefs responsables, le Président du Conseil, le Président de la République, qu'il fallait au plus tôt arrêter les opérations militaires et demander un armistice. Au bout de quelques minutes pendant lesquelles, bouleversé, il fut incapable du moindre mouvement, il parvint à terminer sa lettre. Mais il lui était devenu impossible de reprendre sa vie quotidienne au milieu de ses camarades alors qu'il « savait ». Il passa une nuit d'angoisse. D'où pouvait lui venir cette miraculeuse « intuition de l'avenir » ? M. avait toujours été croyant : il conclut qu'une révélation surnaturelle ne pouvait venir que de Dieu. C'était lui, « un petit, un humble », que Dieu avait élu, comme autrefois Jeanne d'Arc, « une pauvrete qui rêvait dans les champs ». Le lendemain, à l'aube, le brigadier M. désertait. Il prenait le premier train pour Paris et se rendait au Ministère de la guerre, d'où il fut dirigé sur le service de neuro-psychia-

trie du Val-de-Grâce. Réformé pour « idées mystiques », il fut rendu à la vie civile.

M. reprit son travail de garçon-livreur, et, tant dans ses occupations professionnelles que dans sa vie familiale, eut un comportement extérieur normal. Il essaya bien de faire connaître à sa femme l'extraordinaire révélation dont il avait été le sujet, mais ne parvint pas à lui faire partager sa conviction, et n'insista pas. « A quoi bon insister ? Tout s'était passé en dedans. J'étais seul à savoir. Ce n'est pas avec des mots que j'aurais pu lui faire comprendre. Les mots viennent du cerveau et ce qui s'était passé s'était seulement passé dans mon cœur. »

Dans les mois qui suivirent, M. eut de nouvelles « intuitions » (c'est le mot qu'il emploie). Animé subitement d'un sentiment surnaturel de trouble et de puissance, élu de Dieu pendant quelques heures, il sentait tout, il comprenait tout « sans l'avoir appris », et il prévoyait l'avenir. La « Catastrophe » serait suivie d'un « Chaos Universel », et de tout cela sortirait le « règne de la Vérité et de la Beauté ». « Les Peuples marcheraient vers la Route de Lumière, loin des Erreurs et des Malheurs. » M. prit l'habitude d'écrire pendant les « Révélations » : « Je l'ai remarqué. Si je n'écris pas tout de suite, que ce soit la nuit ou le jour, pendant que je mange ou pendant que je travaille (un jour ce fut pendant que je cannais des chaises), tout est perdu. Je ne retrouve pas les choses. C'est comme les poètes... »

Il écrivit plusieurs lettres au président Daladier pour l'avertir qu'il serait « précipité dans les Ténèbres » et que « la France courait à l'abîme ». A partir du 10 mai 1940, il assista sans surprise au déroulement de ce qu'il avait prédit. Dieu voulut lui donner une « petite attention » en faisant signer l'Armistice le 24 juin, jour de la Saint-Jean, sa fête patronymique. Le 10 septembre, sa femme surprit une lettre qu'il venait d'écrire à la Kommandantur sous le coup d'une « inspiration ». Il demandait au chancelier Hitler d'ordonner une réunion de tous les grands chefs de peuples pour qu'on puisse l'écouter lui, M. Il leur révélerait l'Avenir, la nécessité de clore « l'ère de l'Orgueil et de l'Egoïsme, celle des Défauts et des Quantités, pour la remplacer par l'ère des Vertus, des Qualités et de la Fraternité des Ames ». Sa femme le conduisit à l'hôpital Henri-Rousselle d'où il fut interné à la Clinique le 23 septembre 1940.

Depuis son entrée dans le service, il eut deux épisodes intuitifs, d'une durée de quelques heures. Les écrits, pendant ces deux épisodes, abondent en termes généraux et abstraits, renforcés de majuscules : « Et je dis que l'Union se fera, non par les Cerveaux, mais par les Cœurs. Les Cerveaux appartiennent à la Terre, le Cœur appartient à Dieu. Le Cerveau donne l'Instruction, le cœur donne la Science sans avoir jamais rien appris. Mais les hommes ne s'intéressent qu'au Corps et non au Cœur. Ils disent : « Le cœur des femmes est insondable », c'est parce qu'ils ne s'occupent que de leur corps. » — « Ecoutez l'Homme. Il vous dit : Cessez de voir ce qui est mortel, ce

qui appartient à la Terre. Ne vous occupez plus de la Quantité, mais de la Qualité. » — « Vous revivrez après la Mort. J'en ai eu la révélation par les Fleuves. Mais vous ne revivrez que si vous êtes mort à la vie de l'Intelligence, car l'Intelligence c'est le Cerveau, et le Cerveau c'est la Matière. » — « Il faut mépriser l'Intelligence ; c'est d'elle que vient tout le Mal. Qu'est-ce que l'Exposition de 1937, qu'est-ce que le Palais de la Découverte, où l'on fait l'orage à volonté, qu'est-ce que cela à côté de la Sympathie ? » — « Si je n'agis que par Intuition tout ce que je tente, je le réussis. Mais si l'on raisonne, tout est pauvre, petit, manqué. Quand les hommes travailleront, non par l'Intelligence, mais par le Cœur, la même Force les guidera tous, parce que cette Force c'est Dieu, Dieu qui est en nous, mais que les Hommes ne sentent pas, parce qu'entre Eux et Lui il y a le Cerveau. »

En dehors de ces épisodes intuitifs, M. fait état de quelques rêves, dont certains lui révèlent l'avenir. « Dans les premiers temps de la guerre, une nuit, pendant mon sommeil, j'ai vu un avion allemand atterrir près de moi. Il en est descendu un aviateur. Il s'est approché de moi et au lieu de tirer il m'a tendu la main. Cela signifiait qu'entre les deux peuples les barrières de la plaine tomberaient et que viendrait la Fraternité des Ames ». Pendant la guerre de 1914, il eut un rêve qui l'a beaucoup troublé : il assistait à une terrible explosion. Le lendemain se produisait l'explosion de La Courneuve. Mais M. n'attache pas du tout la même importance aux « Rêves » et aux « Révélations ». « Des rêves, tout le monde en a ; ça arrive à tous que des choses qu'on a rêvées se produisent dans la réalité... Je ne suis pas sûr que mes rêves se réaliseront, tandis que dans les *grands moments* je touche la Vérité, je la sens, je la connais. Elle est en Moi et je suis en Elle. Quand on l'a connue, fût-ce un instant, on se ferait tuer, on souffrirait toute une vie de misères plutôt que de la renier. » Ainsi, M. se sent l'âme d'un martyr. Il n'a pas un mouvement de révolte contre sa femme qui l'a fait interner. « C'est bien naturel qu'on me croie fou..., puisque les autres n'ont pas les Révélations que j'ai. On ne parle pas la même langue. Eux appartiennent à l'Intelligence, au Cerveau, moi j'appartiens au Cœur, au Règne du Cœur. Ils vivent dans l'Espace : Qu'est-ce que la Terre ? Ils vivent dans le Temps : Qu'est-ce qu'une vie humaine ?... Quand j'ai l'Inspiration, j'appartiens à l'Infini, à Dieu. C'est moi qui pense et c'est Lui qui m'inspire. Comment leur faire comprendre la Vérité ? En dehors des grands moments, je ne suis qu'un petit, un ignorant, sans instruction et sans qualités personnelles. »

L'examen systématique des fonctions intellectuelles : attention, perception, mémoire, jugement, raisonnement, ne montre aucun déficit. Non seulement les tests de Binet et Simon sont remarquablement exécutés, mais ils le sont avec une grande rapidité. On ne saurait parler chez lui de débilité mentale. Sans doute il est très peu instruit, mais il n'a été à l'école que jusqu'à l'âge de 13 ans et depuis ne s'est jamais cultivé : il n'a aucun goût pour la lecture. Pas d'autodidactisme.

Au cours de l'examen des fonctions intellectuelles, il convient cependant de souligner que les épreuves d'imagination s'avèrent des plus médiocres, fait pleinement corroboré par les résultats du test de Rorschach, pratiqué par Mme Minkowska. Les représentations visuelles sont rares et pauvres. Ceci est à rapprocher du caractère, exclusivement sentimental et abstrait, de son intuition délirante. Il manie des symboles abstraits : l'Infini, l'Intelligence, les Causes, les Idées et jamais d'images. La pauvreté de l'imagination est patente.

Parmi les traits de son caractère, nous insisterons sur l'absence d'orgueil et de méfiance. M. est un modeste qui ne tire aucune vanité de ses inspirations. En dehors des « grands moments », il se sent « inférieur » à la plupart des hommes. Ni prosélytisme, ni revendications. Il demande sa sortie, mais sans véhémence, sans aucune récrimination.

L'examen somatique révèle seulement, outre une légère asymétrie faciale et le décollement des oreilles, une hypertension artérielle modérée (17-11) sans signes sérieux. Bordet-Wassermann négatif. Pas d'alcoolisme.

Le terme qu'emploie spontanément le malade pour désigner ses « grands moments » est celui d'« Intuition » ou d'« Inspiration ». Nous pensons que le terme d'« Intuition » est en effet parfaitement adapté pour qualifier le phénomène fondamental de ce délire. Le délire se réduit à quelques courts épisodes féconds (sept en neuf mois) dans l'intervalle desquels subsiste seule la conviction délirante sans projection hallucinatoire, sans enrichissement interprétatif, sans représentations imaginatives.

1° Il n'y a jamais eu d'hallucinations visuelles ou auditives. Les épisodes féconds ne sont nullement de nature hallucinatoire psycho-sensorielle.

Q. — Dans vos « grands moments », voyez-vous quelque chose ?

R. — Jamais. Je n'ai jamais eu de visions. C'est dans mon cœur que tout se passe.

Q. — Avez-vous entendu une voix qui vous parlait, une voix intérieure ?

R. — Jamais. Bien sûr, la Révélation me vient du dedans, mais elle n'a pas de voix, elle n'a pas de son... C'est en dehors de la nature. Ça vient du fond de moi, de Dieu qui est en dedans du cœur de l'homme.

Le problème du diagnostic avec l'hallucination psychique mérite davantage discussion. Targowla et Dublineau ont bien étudié ce diagnostic de l'intuition délirante avec les hallucina-

tions aperceptives de Kahlbaum, auto-représentations du troisième groupe de G. Petit, et sur l'intérêt qu'il y a à établir une distinction entre les inspirés et les influencés.

Si on demande à notre malade : « Est-ce vous qui pensez ? » il répond « oui ». Si on lui demande : « Mais vous dites que les inspirations vous viennent de Dieu », il répond : « Ce ne peut être que Dieu qui me donne de pareilles inspirations, mais c'est bien moi qui pense. C'est comme les poètes qui tout d'un coup écrivent des choses. Ça leur appartient et pourtant ça les dépasse... Tout cela vient de Dieu qui est au-dedans du cœur des hommes. »

Ainsi l'idée inspirée reste une intuition de par l'immanence divine. La phrase du malade « ça leur appartient et pourtant ça les dépasse » est un vulgaire écho du vers claudélien « quelqu'un qui soit en moi plus moi-même que moi. »

2° Les intuitions du malade ne sauraient être assimilées à des interprétations délirantes. L'intuition réalise d'emblée une synthèse immédiate et spontanée : l'interprétation procède avec les apparences de la logique, par induction et déduction. L'interprétation a besoin d'une donnée extérieure à elle, l'intuition se suffit à elle-même. L'interprétant raisonne, l'intuitif devine.

Q. — Que ressentez-vous dans les « grands moments » ?

R. — C'est inexprimable. Ce ne sont pas des choses du corps. Je possède la Vérité, les barrières du Mal tombent. *Je devine tout*. Je comprends tout.

Q. — Pourquoi dites-vous : « Je devine » ?

R. — Parce que je sais sans avoir appris et je sais ce qui ne peut s'apprendre.

Q. — Par exemple ?...

R. — L'Avenir.

3° Les intuitions du malade ne sont pas des imaginations délirantes. Dupré et Logre ont assimilé l'imaginatif à l'intuitif et considéré le délire d'imagination comme « un jaillissement continu d'intuitions ». Quoi qu'il en soit, l'intuition est un phénomène en soi bien différent de l'imagination et on peut être un intuitif sans être un imaginatif. L'absence de représentations imaginatives est frappante chez notre malade qui offre un très beau type de pensée sans images. (Nous reprendrons ailleurs ce point de psychopathologie). Toutes ses intuitions sont abstraites. Rien que des Idées, pas d'Images. Notre cas ne saurait s'intégrer dans les délires d'imagination, contrairement à la plupart des

délires prophétiques : tel le beau cas de délire prophétique attribué par Vinchon au déséquilibre imaginatif.

4° Les épisodes présentés par notre malade ne sont ni des hallucinations, ni des interprétations, ni des imaginations délirantes : ils ont tous les caractères de l'intuition. L'intuition est une connaissance immédiate, sans processus discursif, sans information, sans raisonnement, sans preuve. « Je sais sans avoir appris », dit M..., « ou plutôt je sens », car cette connaissance comporte une forte charge affective, un caractère pathétique. C'est une connaissance absolue, comportant un caractère de certitude totale. Rien de relatif dans cette connaissance mais une pleine et entière de « la Vérité ». Enfin c'est une connaissance d'origine personnelle, dont le fondement est interne, subjectif. Le don d'intuition peut être d'origine étrangère (« Il ne peut venir que de Dieu », nous dit M...), mais l'intuition elle-même est bien le fait du sujet. Le jugement est immédiatement reconnu comme personnel.

Il est intéressant de noter combien on retrouve chez notre malade les traits de l'intuition bergsonienne, y compris son caractère irréductible à l'Intelligence. Voici une phrase significative : « L'intelligence est utile, par exemple, pour construire un pont. Mais qu'est-ce que cela à côté de la sympathie. Seul le Cœur permet de sentir l'Infini... »

Q. — Alors, vous sentez l'Infini ?

R. — Pas tout le temps, mais quand vient l'Inspiration. Quand elle vient du fond..., la Méchanceté, le Mal, la Pauvreté disparaissent... Je m'abandonne et la Révélation surgit...

Q. — Et quand elle se retire ?

R. — Alors, c'est Dieu qui se retire, je redeviens un pauvre homme.

Il est à peine besoin de souligner que nous retrouvons ici les caractères reconnus par W. James à l'expérience mystique : l'intuition, l'ineffabilité (« ce que je sens alors est inexprimable, je devine tout, je comprends tout, je sens tout ce qui se passera »), la passivité (« je m'abandonne »... et sa femme note que, pendant les inspirations, M. a l'air d'un « automate immobile ») et l'instabilité (tous les épisodes sont courts). Il y faut joindre l'*acedia*, qui succède aux « états de grâce ».

En résumé, nous pensons que le délire présenté par notre malade n'est ni un délire hallucinatoire, ni un délire d'interprétation, ni un délire d'imagination. Symptômes et mécanisme sont

purement intuitifs et il nous paraît convenable de lui réserver le nom de « délire d'intuition ».

Le malade est introduit.

M. GUIRAUD. — Comment s'est manifestée à vous, la première fois, cette force supérieure ?

Le malade. — Un ordre m'avait été donné par Dieu, sous forme de pensée. J'ai résisté 4-5 jours, parce que je sentais que je ne devais pas abandonner mon poste.

M. GUIRAUD. — Etes-vous sûr que c'était Dieu ?

Le malade. — Je l'ai supposé, c'est-à-dire que je suis très croyant, alors je l'ai cru.

M. GUIRAUD. — Etait-ce une certitude ?

Le malade. — Non.

M. DELAY. — Au point de vue sémiologique, ce malade présente à l'état pur le phénomène d'*intuition*, avec tous ses critères de connaissance *immédiate, absolue*, revêtue d'une très forte *charge affective* et d'un caractère pathétique. Ce sont ces critères qu'assigne William James à l'expérience mystique : l'ineffabilité, la certitude absolue, la brièveté. Et c'est au cours de ces moments de certitude intuitive que le sujet prend ses décisions.

La première intuition est incontestable. Mais c'est secondairement que le malade l'a attribuée à Dieu. La révélation initiale s'accompagnait d'une certitude absolue d'un caractère étrange, mais l'interprétation était ultérieure : le malade est intuitif au premier cas, il n'est mystique que secondairement. Il n'a par ailleurs aucun élément paranoïaque, ne présente ni interprétations délirantes, ni hallucinations, ni fabulation imaginative. Quelle place faut-il assigner à ce cas dans la nosologie ? Nous demandons l'avis de la Société.

M. GUIRAUD. — Les « prophéties » de ce malade sont bien imprécises, elles ne donnent pas de détails sur les faits. Bien qu'il ait répondu correctement aux tests, il présente un état de naïveté, d'infantilisme mental qui le rapprochent de la débilité. Au point de vue nosographique, je n'ai pas l'impression que les modalités de l'interprétation, de l'intuition, de l'hallucination puissent servir à autre chose qu'à définir des variétés accessoires. Ce qui importe, c'est qu'il y ait conviction délirante, mais j'ai tendance à rapprocher ce délire de ceux des débiles, et je n'ai pas l'impression qu'il progressera.

M. CARRETTE. — Le malade fait-il des prédictions à longue échéance ? C'est là le vrai caractère d'un prophète.

M. VIÉ. — L'intérêt de ce malade est de présenter des intuitions à titre de phénomène isolé et partiel. Il semble qu'il y ait là quelque chose à rapprocher des syndromes épisodiques des dégénérés de Magnan, et qu'il s'agisse d'un délire actuellement en voie de régression.

M. DELAY. — Les prophéties du malade n'ont pas été toujours dénuées de précisions. Dès le 11 février 1940, il prévoyait la nécessité d'arrêter la guerre. De plus, il prédit l'avenir à une assez longue échéance. Dans ses antécédents héréditaires, on n'a pas relevé d'anomalies.

Crises convulsives chez une déséquilibrée érotique. Amélioration par injection d'hormones complémentaires, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, M. BOUVET et FOLLIN (*Présentation de la malade*).

Nous rapportons ici le cas d'une jeune femme de 25 ans qui présentait des crises émotives considérées comme épileptiques se développant sur un terrain psychologique particulier. Les médications cortico-inhibitrices s'étant révélées complètement inefficaces, nous avons utilisé les injections intra-musculaires d'acétate de testostérone, qui nous donnèrent un résultat remarquable. Cette observation nous a paru intéressante, non seulement du fait de la réussite thérapeutique, mais parce qu'elle montre combien est importante dans un cas donné l'étude de la composante psychiatrique et caractérologique d'un syndrome en apparence purement neurologique.

OBSERVATION. — Georgette L., âgée de 25 ans, sans profession, est entrée à la Clinique le 18 novembre 1939, venant de l'Hôpital Broussais, pour des crises motrices de nature indéterminée. Elle avait été trouvée sans connaissance sur la voie publique le 6 octobre 1939 et, pendant le trajet, les agents avaient constaté trois crises au cours desquelles elle « faisait le cercle » avec écume abondante.

Peu d'heures après son internement, à l'occasion d'une alerte, courte crise surtout émotionnelle (claquement de dents, secousses généralisées, mousse sur les lèvres ; ni morsures de la langue, ni émission d'urine, ni perte de connaissance).

Quatre jours après, nouvelle crise au moment de l'endormissement, durée 15 minutes ; le lendemain, la malade, à peine remise de son accident de la veille, fait une crise à laquelle nous assistons : la malade est en opisthotonos, les muscles sont agités de secousses cloniques irrégulières ; les membres supérieurs sont immobilisés dans une attitude globale d'élévation et d'extension. Le IV^e et le V^e doigt sont repliés dans la paume de la main ; l'index et le médus sont au contraire étendus. A la face, il faut noter le clignement rapide des paupières, la bouche est souillée d'écume ; il y a émission d'urine mais pas de morsure de la langue ; la durée des phénomènes est d'environ 30 minutes. Il semble qu'il y ait une perte totale de connaissance. Au réveil les yeux sont révulsés, la malade est somnolente ; elle se plaint de troubles visuels et d'une céphalée intense qui persistera pendant deux jours. Toutes les autres crises que nous avons pu observer sont à des nuances près analogues à la crise que nous venons de décrire. Il y a dans les jours qui précèdent des modifications appréciables du psychisme ; la malade est irritable, instable ; elle se plaint de céphalées répétées, d'ailleurs, quelques moments avant les phénomènes convulsifs, elle éprouve comme une sorte d'aura consistant en bouffées de chaleur avec céphalalgie profonde. Pendant la crise qui s'accompagne de chute, la phase tonique est très courte, l'inconscience paraît complète. Mais il faut noter qu'il n'y eut jamais de blessure ni, répétons-le, de morsure de la langue. La malade accuse une amnésie lacunaire recouvrant la durée du paroxysme moteur. Celui-ci est suivi d'une phase d'obnubilation d'une durée variable : quelques heures à quelques jours. Pendant cette période, la malade est somnolente, hostile. Elle répond difficilement aux questions qu'on lui pose, autant par bradypsychie que par opposition. Jamais on n'a pu déceler d'état à proprement parler confusionnel ou même de « conscience troublée » avec phénomènes oniriques rappelant l'état second. Et ce, malgré la répétition des crises convulsives comme cela s'est produit en deux circonstances : du 20 au 22 février 1940 : 11 crises ; du 16 au 22 juillet de la même année : 24 crises dont 17 en trois jours.

Ainsi, ces épisodes paroxystiques se caractérisent par un ensemble de traits : soudaineté, inconscience, amnésie qui sont pathognomoniques des états épileptiques certains. Par contre, à bien des égards, le doute peut être permis quant à la signification purement neurologique de telles crises ; les périodes d'état de mal n'ont comporté aucune élévation thermique ; les chutes n'ont jamais entraîné de blessures si légères soient-elles. Le signe si important de la morsure de la langue manque toujours ; tout ceci nous incline à une extrême prudence quant à la dénomination de tels états.

Ils naissent d'ailleurs facilement à l'occasion d'un choc émotionnel, même peu important ; une alerte, un effet de surprise sont suffisants. Le seul fait qui nous ait paru certain et vraiment remarquable, en ce qui concerne la périodicité, consiste en la fréquence plus grande au moment de la période menstruelle sans qu'il soit possible d'ailleurs

d'incriminer une hyperfolliculinémie certaine d'une part, parce que les états de mal se sont produits une fois avant, l'autre fois après les règles, d'autre part parce qu'il nous a été impossible, étant donné les circonstances, de pratiquer des dosages indispensables pour éviter toute cause d'erreur. Tout au plus peut-on dire que les modifications hormonales de la menstruation facilitent la production de paroxysmes moteurs. Pendant la période menstruelle, les émissions sanguines sont sensiblement normales en abondance et en durée ; il n'y a aucune manifestation douloureuse. Au point de vue psychologique, cette période se caractérise par une exagération des traits dominants du caractère habituel de Georgette. Nous y insisterons plus loin.

Contre ses manifestations motrices, les médications calmantes du système nerveux se sont avérées d'une inefficacité absolue. Les barbituriques furent pourtant employés d'une façon massive au moment des états de mal et d'une manière plus modérée comme traitement de base. C'est ainsi que Georgette reçut 20 centigrammes *pro die* de façon régulière et 40 centigrammes de gardénal sodique n'ont pas empêché le 20 juillet l'apparition de sept crises ce jour-là et de cinq les deux jours suivants.

Nous avons commencé à employer les injections d'hormones complémentaires (acétate de testostérone) à partir du 17 avril 1940. De cette date au 2 mai on injecte 6 ampoules de 10 milligrammes d'hormones, soit trois ampoules par semaine. Pendant cette période, l'on constate cinq crises motrices. Mais, pendant les deux mois suivants, la malade ne présente qu'une crise, comme si son organisme était en quelque sorte imprégné d'hormone complémentaire et que celle-ci soit inhibitrice de l'automatisme convulsif. Par contre, pendant le mois de juillet elle fit un total de 27 crises, comme si l'imprégnation n'était plus à ce moment suffisante. Il faut, en effet, remarquer que depuis trois mois, on n'avait pu continuer les injections par suite de l'impossibilité de se procurer le médicament. Fin juillet, l'injection de 20 milligrammes d'acétate de testostérone suffit à ramener le calme. Par mesure de précaution, l'on injecta 50 milligrammes les jours suivants de manière à confirmer l'effet obtenu.

Cependant, à la période menstruelle suivante, surviennent quelques crises isolées.

Depuis, nous nous sommes bornés à faire deux injections de 20 milligrammes chacune dans le cours du mois, l'une, au milieu de la période intermenstruelle, l'autre peu après les règles. De cette façon, nous avons obtenu, pendant trois mois, un silence moteur complet.

Désireux d'éliminer la cause d'erreur, si commune dans de tels états, que constitue la suggestion inconsciente, nous avons, à la dernière injection, remplacé l'hormone par de l'eau distillée. Quelques jours après : période de céphalée et nouvelle crise motrice.

Bien entendu, nous avons pratiqué tous les examens spéciaux nécessaires à la recherche des causes habituelles de l'épilepsie. Leurs résultats furent négatifs.

Fond d'œil : normal.

Liquide céphalo-rachidien : tension 18. Albumine : 0,30. — 5,2 éléments. Benjoin colloïdal : négatif. Réactions sérologiques : négatives. Calcémie : 0,097.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Les antécédents héréditaires et collatéraux sont assez chargés. Père mort à 40 ans de cachexie paludéenne. Mère morte des suites d'une fausse-couche. Cinq de ses frères, nés avant elle, sont morts en bas-âge (à 18 mois au plus), mais nous n'avons pu établir dans quelles circonstances ; trois frères et une sœur vivants sont en bonne santé. Un quatrième frère est atteint d'épilepsie motrice.

Antécédents personnels. — Les antécédents pathologiques de Georgette sont intimement liés à l'histoire de sa vie : elle a fait une pleurésie à 13 ans, une fluxion de poitrine à 14 ans et un séjour court, et d'ailleurs problématique, au Préventorium dans l'année qui suit.

Biographie — Orpheline de bonne heure, elle fut élevée par un cousin éloigné jusqu'à l'âge de 16 ans. A ce moment, il fut, semble-t-il, nécessaire de la soumettre au régime de « l'éducation surveillée ». Peu après son placement, elle présenta les premiers phénomènes moteurs. Il semble qu'il y ait eu une différence très nette entre ses premières manifestations et celles qui ont motivé son hospitalisation actuelle. Elle-même nous dit : « Ce n'était pas la même chose..., c'était comme une danse de St-Guy et ça me prenait surtout quand l'interne entraînait dans le service... » Elle fut en effet hospitalisée un certain temps dans le service du P^r Lépine à Lyon. Là, elle guérit facilement par l'isolement rigoureux d'un mois. A sa majorité, elle fut enfin libérée. Vers l'âge de 18 ans, elle signale trois crises isolées sur lesquelles nous n'avons pas de renseignements.

Peu de temps après sa libération, elle eut une aventure amoureuse de courte durée. Elle n'y trouva, dit-elle, aucune satisfaction physique. Son ami aurait présenté, au cours de l'un des rapprochements sexuels, un épisode pathologique avec perte de connaissance assez grave pour qu'il soit nécessaire de faire appel à un médecin. De cette liaison, unique d'après les dires de la malade, Georgette... eut un enfant qu'elle fut obligée de placer à l'Assistance publique. Elle était, en effet, abandonnée et obligée de se placer. Elle travaillait d'ailleurs de façon très irrégulière. Dénuée de ressources, sous-alimentée, elle eut, dans la rue, des crises qui motivèrent son hospitalisation à Broussais d'abord, à l'hôpital psychiatrique Ste-Anne ensuite.

Examen psychiatrique d'ensemble. — Georgette est une jeune femme de 25 ans, bien constituée, présentant par instant une légère blésité ; elle n'a pas seulement des paroxysmes moteurs décrits plus haut, mais présente une personnalité morbide par certains côtés. Elle a des troubles du caractère. Assez violente, elle ne supporte pas la contradiction et réagit à toute contrariété par une crise de colère. Son

activité, dans l'ensemble, est assez productive ; mais elle a un goût de la mise en scène, du théâtralisme, qui éclate dans tous les actes de sa vie. Elle se croit un sujet intéressant, parle facilement de son « cas » qui doit retenir l'attention du personnel médical ; elle simule volontiers une indisposition pour se faire examiner et boude si on paraît la négliger. Elle est d'ailleurs mythomane et il ne faut accueillir qu'avec la plus grande réserve les renseignements qu'elle veut bien nous fournir sur sa vie. Les versions en varient souvent, mais présentent toutes un trait commun : le rôle que joue Georgette est toujours avantageux. Mythomane, vaniteuse, prête à pratiquer, à chaque instant, une sorte de chantage continu, elle est en outre dominée par un érotisme diffus. Les conversations avec ses camarades roulent presque uniquement sur des thèmes sexuels. Ses rêves sont imprégnés de préoccupations de ce genre. Elle affiche un attachement excessif et d'ailleurs changeant pour ceux qui la soignent.

Nous devons insister encore sur le contraste qui oppose sa frigidité complète (elle n'aurait eu qu'une aventure au sens physique du mot et celle-ci ne lui aurait apporté que déceptions) à ses préoccupations sexuelles de tous les instants.

COMMENTAIRES. — Nous avons insisté longuement sur la sémiologie des paroxysmes moteurs présentés par notre malade, et nous avons souligné la difficulté qu'il y a à dénommer très exactement de tels symptômes. Evidemment, suivant les tendances de l'observateur, l'on peut mettre l'accent sur les traits à proprement parler épileptiques, ou au contraire, plus spécialement névropathiques de ces attaques. Mais une telle estimation comporte bien entendu, malgré toutes les précautions possibles, un large coefficient d'erreur personnel. Aussi, il nous paraît utile d'insister sur la signification des décharges motrices et ici le contexte psychologique nous est d'un grand secours. C'est lui qui nous a orienté dans le choix d'une thérapeutique vraiment efficace et qui, cette thérapeutique étant démonstrative, nous donne la clef de l'interprétation du syndrome moteur. Georgette est dominée par un érotisme diffus, qui commande ses moindres attitudes, aussi bien mentales que physiques, ses aversions, ses attirances, comme ses gestes les plus élémentaires. Nous avons eu l'occasion de l'entendre parler avec ses camarades. Au cours de l'interrogatoire, nous avons pu l'observer longuement. Elle est préoccupée — constamment — par la vie sexuelle. Son langage est cru ; ses rêveries à thèmes érotiques. Elle a, de plus, la mendacité, la mythomanie complaisante, la psychoplasticité, les troubles du caractère des malades que les classiques qualifiaient d'hystériques au sens le plus large et le plus ancien du terme.

S'intégrant dans cet ensemble caractériel les paroxysmes moteurs prennent, nous semble-t-il, la signification de véritables décharges compensatrices, libératrices d'une surtension nerveuse en rapport avec un potentiel sexuel inutilisé. Depuis son expérience physiquement malheureuse, Georgette n'aurait eu, et nous la croyons volontiers, aucune sorte de relations physiques. Elle était restée frigide et n'a pas voulu recommencer des expériences qu'elle a cru devoir être inutiles. Elle traduit d'ailleurs par un érotisme verbal outrancier cet état de besoin, d'insatisfaction méconnus. Ainsi au moment de la période menstruelle, les crises motrices joueraient un rôle compensateur.

A certains égards, elle illustre de façon saisissante la théorie freudienne de l'hystérie névrose de conversion par troubles dans l'exercice de la sexualité. Et d'ailleurs, pour envisager seulement les faits sous l'angle de la pratique médicale courante, n'est-il pas intéressant de rapprocher l'histoire de Georgette du syndrome décrit récemment par les gynécologues sous le nom de « syndrome des Frustrés », où les auteurs ont en vue les troubles du caractère consécutifs à une longue pratique du coït incomplet ? Ils insistent non seulement sur les modifications fonctionnelles et même anatomiques de la sphère génitale, mais encore sur les troubles du psychisme et en particulier du caractère qui expliquent, selon eux, bien des incompatibilités d'humeur tardives. Le traitement qu'ils proposent se déduit aisément de l'étiologie qu'ils ont cru mettre en évidence. Ils affirment avoir obtenu ainsi de véritables guérisons.

Chez Georgette, l'opothérapie de complément nous a donné une très grande amélioration, dans un cas évidemment plus grave. Et nous serions heureux, que d'autres faits cliniques analogues aux nôtres puissent confirmer cet essai et donner une orientation nouvelle à la thérapeutique jusqu'ici si décevante de ces états névrotiques.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Cette malade illustre l'article récent de M. Roger sur la chimie des instincts génésiques. Chez les animaux, on obtient les attitudes de la sexualité par injection de gonades. Ici on assistait à des crises convulsives à prédominance d'extension, liées à des manifestations hormonales, et l'on a obtenu la sédation des troubles par des injections compensatrices. Hystérique d'aspect, cette jeune fille présente des phénomènes fonctionnels d'un grand intérêt.

M. MARCHAND. — Dans son traitement, l'internement a joué certainement un rôle,

M. Ach. DELMAS. — La richesse clinique de cette malade répond bien à l'association hystéro-émotive décrite par Dupré.

M. GUIRAUD. — Certes, l'internement a pu jouer ici un rôle, mais l'action frénatrice de la testostérone vis-à-vis de l'excitation chez la femme est indéniable. Il est possible qu'il s'agisse dans ces cas d'états d'hyperfolliculinie. Je rappelle l'étude que j'en ai faite avec Stora (1). Nous avons repris ces traitements. Dans les cas rebelles, 10 mg. ne suffisent pas, il faut parfois une dose totale de 40 mg., mais les résultats sont excellents.

M. H. BARUK. — J'avais observé, dans certains cas d'hyperfolliculinie, un premier stade d'érotisme, suivi d'un stade d'hostilité, d'agressivité secondaire. Expérimentalement, chez l'animal, j'ai noté des stades un peu analogues d'érotisation, puis d'hostilité consécutive. Je signale les bons résultats obtenus dans ces cas par le corps jaune.

Syndrome pseudo-bulbaire avec palilalie, palipraxie et troubles mentaux, par M. P. GUIRAUD, M^{lle} M. MICUCCI et M. R. HAAS (*Présentation de la malade*).

OBSERVATION. — R. Alice, âgée de 66 ans, a présenté les premiers symptômes de sa maladie en 1930. Au cours d'une promenade en autocar, sans ictus, elle a été atteinte de dysarthrie qui a duré une quinzaine de jours puis a disparu. Depuis cette époque, modification du caractère ; elle devient triste, irritable, perd son activité et son initiative. En septembre 1940, ictus dans le métro avec perte de connaissance ; dans la même journée, dysarthrie progressive apparaissant au cours du repas ; apparition rapide : en trois ou quatre heures elle ne peut ni parler, ni se tenir debout. Le lendemain, un médecin appelé constate de l'hypertension artérielle (24) et prescrit de l'acétylcholine.

Agitation surtout nocturne, se lève, marche, tombe ; excitation intellectuelle avec loquacité peu compréhensible. Placée dans une maison de santé ouverte, la malade ne peut y être conservée à cause de son agitation et de ses cris. Elle fait une chute au cours d'une période d'agitation nocturne, et arrive dans le service avec de vastes

(1) P. GUIRAUD et R. STORA. — Action sédatrice de la testostérone dans les états d'excitation chez la femme, *Ann. Méd.-Psych.*, mars 1939.

ecchymoses de la face, notamment à la région orbitaire droite. Amaigrissement, mauvais état général.

Elat actuel. — Le symptôme le plus frappant est le trouble de la parole. Ces troubles sont si accentués que le langage est presque intelligible, à tel point que le certificat qui accompagne la malade signale des « propos incohérents rendus incompréhensibles par de gros troubles de la parole : paraphasie probable ». Trois éléments dans ces troubles de la parole :

1° c'est surtout une *dysarthrie à caractères pseudo-bulbaires* ; l'articulation des consonnes est très défectueuse, celle des voyelles assourdie et traînante ; un léger nasonnement et l'hypercontraction des muscles, au cours de la phonation avec syncinésies parasitaires des muscles de la face, concourent à aggraver la dysarthrie ;

2° une *patitié accentuée* : toutes les réponses, qui se bornent à quelques mots au maximum, sont répétées huit ou dix fois avec un débit ordinairement accéléré et une défectuosité progressive ; il y a à la fois tachyphémie et hausse du ton qui devient de plus en plus criard ; les pauses entre les répétitions sont assez nettes au début mais se raccourcissent progressivement jusqu'à rendre la parole entièrement incompréhensible ;

3° un *état émotif intense* provoqué par certaines questions qui irritent la malade : l'intonation devient particulièrement criarde et s'associe à une sorte de pleurer spasmodique qui contribue à aggraver la dysarthrie.

A la palilalie s'adjoint la palipraxie. Si on demande à la malade de montrer sa langue, elle la tire une dizaine de fois, rythmiquement, aux mêmes intervalles. Sollicitée de dessiner une croix, elle en figure trois ou quatre les unes sur les autres. A côté de la palipraxie on constate des actes non répétés, mais continués indéfiniment : frictions du nez, occlusion indéfinie des yeux, etc...

Passons rapidement sur les autres particularités de l'examen neurologique : nous avons déjà signalé le pleurer spasmodique qui est plutôt un gémissement spasmodique : le visage de la malade se fige pour prendre un aspect pleurard, les traits sont contractés, la bouche est ouverte et émet une sorte de gémissement interminable sous forme de cris avec exaerbations.

Les troubles de la déglutition, quoique atténués, s'observent assez souvent de même que la sialorrhée. Les réflexes aux membres supérieurs sont normaux. Aux membres inférieurs, ils sont vifs, plus à gauche qu'à droite. Ebauche de clonus du pied à gauche, signe de Babinski douteux à droite. L'atteinte pyramidale ne peut pas être affirmée. Signalons une laxité articulaire très accentuée aux membres supérieurs et inférieurs, surtout à gauche. Le pied et la main sont très ballants. Les mouvements et l'écriture sont très gênés par cette hypotension. Face : déviation des traits vers la droite.

Les troubles de la démarche sont variables : tantôt on constate une démarche à peu près normale, tantôt la malade est incapable d'avancer et même de se tenir debout. Il s'agit plutôt d'astasia-abasia que de paralysie véritable. Pas de troubles de la sensibilité ni des réflexes pupillaires. Gâtisme.

Tension artérielle actuelle à peu près normale : 14-8. Cœur et poumons normaux. Pas d'éléments anormaux dans l'urine. Réaction spécifique négative dans le sang. Glycémie normale. Hyperazotémie : 0,85-0,90 à plusieurs reprises. Hypercholestérolémie : 2 gr. 30.

Il s'agit vraisemblablement de petits foyers de ramollissement, dont les ictus seraient la traduction clinique, dus à des poussées d'hypertension et d'azotémie transitoires. Ce syndrome pseudo-bulbaire, par la présence du pleurer spasmodique, de la palilalie, par l'absence de paralysies, n'appartient pas au groupe des syndromes pseudo-bulbaires d'origine cortico-sous-corticale, mais bien aux syndromes dus à une atteinte des noyaux gris centraux.

Examen mental. — D'après la famille et la malade, les troubles mentaux ont débuté récemment, surtout à la suite du 2^e ictus. Le fonds mental est assez gravement atteint : amnésie et beaucoup d'événements importants, en particulier incapacité de donner le moindre détail sur la guerre de 1914-1918. Attention impossible à fixer longtemps. Désintérêt familial. Conscience relative de son déficit. Aucune idée délirante. Les troubles mentaux essentiels sont : une hyperémotivité particulière et l'irritabilité dont l'expression mimique et motrice aggrave notablement la manifestation. À côté de ces éléments essentiels, on doit signaler des périodes épisodiques d'agitation véritable, surtout nocturne. À ces moments, la malade crie, se lève, se débat quand on veut la maintenir, se comporte en somme en véritable agitée. Cette agitation, manifeste au moment de l'entrée, coïncidait avec un état physique particulièrement défectueux accompagné d'amaigrissement et d'azotémie. Elle a actuellement disparu en même temps que ces symptômes.

L'hyperémotivité est surtout provoquée par des états affectifs d'ordre immédiatement égoïste ; alors que la malade reste assez peu préoccupée de sa déchéance physique et mentale, de son avenir, de la situation de sa famille, elle éprouve avec une intensité anormale les petits désagréments de la vie courante. Est-on obligé de lui refuser un objet désiré, va-t-on la changer de lit ou de salle, parle-t-on de la renvoyer à la maison de santé où elle était précédemment, on est certain de déclencher une période interminable de protestations ou de récriminations. La face se crispe, la bouche s'élargit, les yeux se remplissent de larmes, quelques mots, tels que : « non », « je ne veux pas », sont répétés itérativement sur un ton de plainte monotone devenant criard, de plus en plus aigu, de plus en plus inintelligible et se prolongeant indéfiniment. Il y a à la fois hyperémotivité et irritabilité. Ce comportement rappelle surtout, par l'exagération et la

persistance de la mimique, celui d'un enfant contrarié. Mais les itérations palilaliques ne sont pas du même ordre que les répétitions que pourrait émettre l'enfant dans les mêmes circonstances. La constatation de la palipraxie sans motif le démontre suffisamment.

Les troubles mentaux chez les pseudo-bulbaires sont connus de tout le monde. Ils ne semblent pas très différents de ceux que l'on constate dans certaines maladies nerveuses (Parkinson, Encéphalite léthargique, maladie de Wilson, etc...) et chez certains séniles. Ils sont beaucoup moins graves que les troubles mentaux constatés chez les aliénés ordinaires. Cependant, le nombre des malades de ce groupe, internés, est assez considérable. La raison en est que, quoique peu atteints, ils deviennent véritablement insupportables dans leurs familles et surtout dans les hôpitaux. La manifestation de l'hyperémotivité et de l'irritabilité est particulièrement désagréable quand elle s'associe au symptôme itération, les plaintes ainsi répétées, même quand elles ne sont pas très bruyantes, deviennent exaspérantes pour les malades et le personnel.

Sans doute l'homme normal n'a-t-il pas assez de patience pour supporter la plainte ou la récrimination quand elle est itérée ou trop prolongée.

Les maladies nerveuses atteignent les noyaux gris centraux, provoquent des troubles de l'émotivité et l'irritabilité à caractère d'itération et de persistance particuliers associés à des troubles de la mimique. Malgré les objections, il semble bien que la région des corps striés soit un centre de déclenchement, de permanence, de répétition, d'arrêt des actes moteurs et des états émotifs. Il est presque superflu de rappeler à ce sujet les expériences de Delmas-Marsalet et d'autres auteurs provoquant des troubles de la mimique chez le chien par excitation électrique du noyau caudé.

Accidents psychopathiques conscients et mnésiques chez un épileptique, par M. X. ABÉLY et M^{lle} E. GRAVEJAL (*Présentation de malade*).

L'observation que nous présentons apporte une nouvelle contribution à l'étude des accidents psychiques conscients et mnésiques observés dans l'épilepsie, auxquels M. Marchand accorde une place importante dans son livre récent,

OBSERVATION. — Paul de G., actuellement âgé de 50 ans, a des crises typiques d'épilepsie depuis son enfance. Son médecin, très averti, nous dit qu'il n'a pu découvrir la cause du mal. Il faut noter cependant ce fait étiologique de grande valeur : son père était épileptique.

Paul de G. présente les traits caractéristiques de la mentalité comitiale : la bradypsychie, la viscosité, les troubles du caractère, les tendances paranoïaques, la misanthropie. Cette mentalité a fait de lui, alors qu'il avait la possibilité de se créer une situation honorable, un instable et un raté. Il a tenté la carrière militaire, l'enseignement, les assurances ; il a échoué partout en raison de ses difficultés d'adaptation, de sa susceptibilité, de son irascibilité. Il occupe actuellement un poste subalterne au Ministère des Finances. Il est d'ailleurs timide, gêné lorsqu'il se trouve en public, inférieurisé par la connaissance parfaite qu'il a de sa maladie. Il s'est marié, mais sa femme l'a quitté au bout de peu de temps, effrayée par les crises nocturnes de son mari.

Les crises ont débuté à l'âge de 15 ans. Jusqu'à ces dernières années, elles étaient restées exclusivement nocturnes, le sujet ne se rendant compte que de la fatigue éprouvée au réveil et des douleurs dues aux morsures de la langue et des joues. Elles sont donc devenues diurnes et, malgré un traitement régulier au gardénal, elles ont augmenté d'intensité. Elles sont habituellement mensuelles.

La crise est précédée d'une aura très rapide ; le malade a l'impression de tomber dans le vide, la tête en bas. Il pousse un cri et perd dès ce moment toute connaissance et toute mémoire. La chute est brusque, les blessures fréquentes ; il porte au niveau de la cuisse la cicatrice d'une brûlure survenue dans ces conditions. Les manifestations motrices sont cloniques et toniques, parfois exclusivement toniques. Nous avons pu observer une crise du dernier type. Le sujet reste ensuite hébété pendant quelques minutes.

En dehors de ces crises, Paul de G. présente des vertiges et des absences. Depuis quelque temps, ses crises sont suivies d'un état que son médecin qualifie de confusionnel, mais qui n'avait jamais eu l'ampleur de celui que nous allons décrire. Signalons encore que le malade, instruit par ses lectures médicales, est obsédé par la crainte de commettre un acte immoral ou violent au cours de ses manifestations comitiales. Il porte constamment sur lui un certificat relatant sa maladie.

Le 30 octobre dernier, dans le service, Paul de G. fut pris dans la rue, non loin de son bureau, d'une crise violente. Régulant mal ses dépenses, il se trouvait sans argent à la fin du mois et avait dû faire, depuis quelques jours, des restrictions alimentaires. Un camarade le reconduisit chez lui, après lui avoir fait prendre un cordial ; le malade attache une certaine importance à l'absorption de ce breuvage qu'il soupçonne toxique et déterminant des troubles ultérieurs. Chez lui, il se couche, mais il ne peut dormir, se lève fréquemment pour boire et essaie en vain de lire. Le lendemain, il est dans un état

d'obnubilation marquée. Il se rend cependant au Ministère pour toucher son traitement ; il fait une visite à son médecin, car il est inquiet des douleurs gastriques qu'il éprouve. Il revient chez lui. L'après-midi se passe en démarches multiples, chez son restaurateur auquel il paie sa dette du mois, chez son médecin qu'il visite de nouveau. Il entre en conversation avec plusieurs personnes connues qu'il rencontre. Après une nouvelle nuit d'insomnie, il reprend ses pérégrinations à travers Paris. Il a un besoin irrésistible de sortir, de se déplacer. Durant tout ce temps, il se dirige parfaitement, prend le métro, évite tout accident. Ce qui prédomine, dans son psychisme à demi-crépusculaire, c'est une impression de modification à la fois matérielle et morale du milieu extérieur. Paris est transformé, les rues ont un aspect inaccoutumé, l'atmosphère lui paraît étrange. Les gens qu'il rencontre lui semblent bizarres, gênés en sa présence, parfois même affolés. Il pense qu'il se prépare de graves événements auxquels il est appelé à participer. Il doit peut-être même jouer un rôle important et se figure avoir une mission à remplir. Cette impression s'accompagne d'un sentiment d'inquiétude marquée, d'attente énervante. « J'éprouvais aussi, dit-il, le besoin de me rattacher à quelque chose. » Il va trouver son médecin, qui est également son ami d'enfance, autant pour rechercher auprès de lui un secours et un réconfort, qu'une consultation. Au cours de cet automatisme ambulatoire, la conscience de notre malade est certes fort obscure. Tous les souvenirs ne sont pas gravés avec précision et restent fragmentaires. Ceux conservés sont cependant en nombre considérable. Le malade a parfaitement fixé les personnes rencontrées, les démarches faites, les itinéraires suivis, les impressions éprouvées. Paul de G. a durant ce temps une notion de son état pathologique ; la crainte de commettre un acte médico-légal le poursuit comme à l'état normal. C'est pourquoi il essaie, dans la mesure de ses moyens, de diriger et de surveiller son activité et c'est là un des facteurs de sa singulière fixation mnésique. Il enregistre de façon extraordinaire des faits minimes, topographiques et horaires, qui lui servent de point de repaire dans le temps et dans l'espace. Il fait des efforts constants pour retrouver ses souvenirs, toujours dans le but de contrôler ses actes. Il a retenu des détails infimes, ce qui est bien dans la note épileptique.

C'est par lui que nous connaissons d'ailleurs toutes les péripéties de son comportement au cours de cette activité pathologique. Leur réalité est corroborée au moins sur un point : ce sont les visions qu'il a faites, les conversations qu'il a eues avec son médecin qui nous a confirmé ses dires.

Au cours de sa déambulation, le malade n'avait attiré jusque-là l'attention de quiconque. Mais, dans la matinée du 2 novembre, passant devant l'Hôtel de Ville, il voit flotter sur ce bâtiment le drapeau à croix gammée. Il interpelle, à ce sujet, un agent, puis un brigadier, discute vivement et provoque un attroupement. Il est conduit au poste

où il a l'astuce naïve, mais consciente, de donner une fausse identité. Il est envoyé à l'Infirmierie de la Préfecture, où le D^r Brousseau note dans son certificat : « Encore obnubilé, s'efforce de répondre de manière précise, mais grande viscosité mentale. »

C'est ce que nous avons constaté nous-mêmes à l'arrivée de Paul de G. à l'Admission. Cependant, une transformation affective se produit en lui. Il éprouve un sentiment intense de bien-être ineffable ; il lui semble qu'il a atteint un refuge définitif. Ce sentiment se traduit intellectuellement de façon assez curieuse : il se croit dans l'antichambre du Paradis, il est mort, mais il va être admis bientôt dans le séjour des bienheureux. Les médecins, les infirmiers, dans leurs blancs vêtements, représentent les apôtres, tandis que les fenêtres bleutées figurent l'atmosphère céleste. Peu à peu, le malade rectifie ses dernières idées, sort progressivement de son obnubilation relative. Fait intéressant, les souvenirs de cette période troublée, qui a duré une semaine, au lieu de s'estomper, semblent se préciser grâce à ses efforts de recherche.

Le malade présente encore une bradypsychie marquée et une fatigabilité rapide. Il a eu, depuis son entrée, une nouvelle crise, mais sans période confusionnelle appréciable.

La nature épileptique des accidents que nous venons de décrire ne nous paraît pas faire de doute. Ils ont été immédiatement consécutifs à une crise ; ils ont débuté brusquement. Les caractères mêmes de cet état psychopathique (état semi-crêpusculaire, automatisme ambulatorio) offrent la signature comitiale.

Pour qualifier le syndrome en question, on peut cependant hésiter entre la désignation de pur automatisme psychomoteur (analogue aux équivalents épileptiques apraxiques) ou de simple confusion mentale. Il tient en réalité de ces deux accidents psychique, en gardant son originalité propre.

Il diffère de la confusion classique : Le malade n'a jamais présenté cette imprécision et cette incohérence des idées et des actes qui caractérisent les états confusionnels ; sa conversation, son comportement, ont pu paraître quasi-normaux aux yeux des gens non avertis. Il a toujours conservé une orientation parfaite dans le temps et dans l'espace. Il n'a jamais présenté d'onirisme ou d'hallucination. Les seuls troubles évidents de la perception sont les illusions et le sentiment d'étrangeté du monde extérieur, qui représentent des symptômes assez réduits. Il est bien difficile de faire le départ entre l'obnubilation confusionnelle et l'état crêpusculaire des accidents épileptiques. Nous estimons que, dans notre observation, l'automatisme psychomoteur, d'un degré d'ailleurs assez élevé puisqu'il comporte une activité non seulement

habituelle mais parfois originale, l'emporte de beaucoup sur la confusion proprement dite.

Nous noterons encore un trait qui paraît assez spécial à l'épilepsie ; c'est l'importance de l'automatisme affectif qui fait surgir dans la conscience du malade des sentiments puissants, ineffables que Dostoïewski a exprimés dans une phrase célèbre. Nous voyons ici, d'une part, un sentiment intense d'inquiétude, d'attente, de bouleversement prochain, de rôle grave à remplir ; d'autre part, un sentiment de sécurité, de bonheur céleste et d'immortalité. On peut même se demander si la fixation des souvenirs chez l'épileptique n'est pas fonction de cette intensité des états affectifs.

Quant au caractère mnésique des accidents, que nous venons de décrire, il nous paraît d'autant plus intéressant qu'il n'est pas parfait. La conservation relative de la mémoire est ici exactement proportionnelle au degré modéré de l'obnubilation psychique. Nous estimons que cet état semi-crépusculaire, cet enregistrement fragmentaire des souvenirs et cette activité paranormale mais tout de même dérégulée sont plus démonstratifs de l'existence d'une épilepsie mnésique que ces états de conscience trop nette, de souvenir trop bien fixé, d'activité trop bien adaptée qui peuvent laisser un doute sur leur origine vraiment comitiale et même sur leur sincérité.

- Le malade est introduit.

M. Ach. DELMAS. — Qu'éprouviez-vous quand vous êtes allé à l'Hôtel de Ville ? Entendiez-vous qu'on vous parlait, qu'on vous poussait à y aller ?

Le malade. — Non, je n'entendais rien du tout. Le monde me paraissait étrange, j'étais inquiet. Je me souviens exactement de l'heure, des gens, de leur aspect, du trajet suivi.

M. CARRETTE. — Et cette période de béatitude ?

Le malade. — Elle a duré plusieurs jours, trois ou quatre jours. Lors de l'entrée à l'Admission, le Docteur me paraissait être saint Pierre. J'étais au Paradis.

M. CARRETTE. — Cet état durable n'est pas commun. Chez Dostoïewsky, la période de bonheur ineffable était courte et d'une intensité énorme. Elle représentait l'aura de chaque crise.

M. Ach. DELMAS. — Une question précise de diagnostic se pose, et c'est ce qui fait l'intérêt de ce cas. Cet accident post-convulsif est-il un équivalent d'automatisme ambulatoire, ou bien un

phénomène post-confusionnel ? S'il s'agit d'un véritable automatisme ambulatoire, il constitue une démonstration intéressante de son caractère mnésique. Mais je me rangerais à la seconde hypothèse. M. Abély nous signale de l'obnubilation, de l'anxiété, ce qui rapproche cet état d'un phénomène confusionnel. Il existe des degrés de confusion très divers. J'interprète donc ce cas comme un syndrome confusionnel post-convulsif assez léger, ce qui explique les troubles de la mémoire faits d'un mélange de souvenirs et de lacunes n'ayant pas la terminaison brusque que l'on observe dans les phénomènes proprement épileptiques.

M. MARCHAND. — L'automatisme ambulatoire a fait suite ici à une crise convulsive, mais il peut survenir sans être précédé d'un accès convulsif ou d'un vertige et présenter dans les deux cas les mêmes caractères. Il s'agit ici d'une forme mnésique. Je base le diagnostic sur les particularités suivantes : au cours de l'état d'automatisme, on relève des phases amnésiques et des phases mnésiques, remarque sur laquelle j'ai insisté dans mes observations d'épilepsie mnésique. Ce sujet, pendant la crise, avait conscience qu'il n'était pas dans son état normal ; dans l'automatisme ambulatoire, qui paraît le mieux coordonné, il y a toujours une déficience de l'activité cérébrale supérieure. Son comportement fut assez correct pendant plusieurs jours pour qu'il ne soit pas appréhendé grâce à la conservation d'une activité idéo-motrice réflexe suffisante. Il finit cependant par commettre un acte qui a entraîné son arrestation. Il est probable que s'il avait été dans son état normal, il aurait pu freiner l'impulsion qu'il a manifestée devant le drapeau allemand placé sur l'Hôtel-de-Ville. Il est intéressant de noter que ce malade, en dehors de ses crises, a toujours la crainte d'accomplir quelques actes délictueux sous l'influence de ses accès épileptiques psychosiques ; c'est là une obsession « légitime » que l'on note souvent chez cette sorte de malades.

M. Henri Ey. — A l'occasion de ce cas, je rappelle celui d'un malade que je fus appelé, par le Parquet, à examiner aussitôt après un crime. Il s'agissait d'un épileptique d'une soixantaine d'années, qui avait tué sa mère. Il me raconta l'acte avec tous ses détails qu'il se rappelait très bien, quoique son récit fût entouré d'une auréole onirique, de surcharges oniriques qui disparurent dans la suite. A ce premier stade de mémoire de l'acte, qui dura un jour, succéda, dès le lendemain, une disparition complète de

tous les souvenirs. « On me dit que j'ai tué ma mère, s'étonnait-il ; non, je n'ai pas pu accomplir un acte aussi atroce. » Puis, en un un troisième stade, pendant les semaines qui suivirent, ce fut une reconstruction mnésique de la scène. S'agissait-il de souvenirs spontanés, ou bien les interrogatoires, les conversations lui en avaient-ils apporté les éléments ? De toute façon, le malade en était revenu à se remémorer la chose. C'est là un point clinique intéressant, qui ouvre un aperçu sur l'organisation de la mémoire avec ses reconstructions successives.

Mme MINKOWSKA. — Ce mélange apparemment contradictoire entre l'état d'obnubilation et la précision de détails est à retenir. On le rencontrait chez Van Gogh qui, de ses états crépusculaires, gardait des éléments qu'il nous rapporte dans certaines œuvres, tels les arbres des paysages qui entouraient sa maison. Dans ces états, il semble que la conscience se retire de la surface pour descendre dans les profondeurs du psychisme. On trouve peu de documents sur ces faits dans la littérature d'aujourd'hui. Il faut pour cela examiner les malades aussitôt après la crise, comme l'avait fait M. Ducosté.

M. X. ABÉLY. — Au début, j'ai hésité aussi, comme M. Delmas, entre le diagnostic d'automatisme ambulatoire et celui d'état confusionnel léger. Mais je me suis rallié au premier, pour les raisons mêmes que vient d'exposer M. Marchand.

M. Ach. DELMAS. — Pourtant, ce cas diffère de l'automatisme ambulatoire classique. Après de tels accidents, j'ai recherché des éléments mnésiques ; depuis des années que je les recherche, je n'en ai jamais trouvé ; l'amnésie est totale. Les états mnésiques consécutifs ne sont pas épileptiques ; il s'agit d'une complication. Ce sont des accidents confusionnels post-convulsifs : mais alors je ne les considère pas comme relevant de l'épilepsie proprement dite.

La séance est levée à 12 heures 10.

Les secrétaires des séances :

Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

Séance du Lundi 25 Novembre 1940

Présidence : M. Paul GUIRAUD, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 27 octobre et le procès-verbal de la séance du 14 novembre sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Julio ASUAD, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, qui, retournant en Colombie, demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; une commission composée de MM. H. CLAUDE, LAIGNEL-LAVASTINE et J. VIÉ, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance de lundi 16 décembre 1940 ;

une lettre de M. le Dr André ADNÈS, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne (Marne), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; une commission, composée de MM. BESSIÈRE, H. CLAUDE et GUIRAUD, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance de lundi 16 décembre 1940.

Election d'un membre titulaire honoraire

M. le Professeur Jean LÉPINE a demandé à être nommé membre titulaire honoraire : ayant été élu membre titulaire de la Société en 1931, il remplit les conditions prévues à l'article 3 des statuts.

M. le Professeur Jean LÉPINE est nommé, à l'unanimité, *membre titulaire honoraire* de la Société Médico-psychologique à la date du 1^{er} janvier 1941.

Date de la séance de Décembre

La séance du mois de décembre, prévue pour le lundi 23 décembre 1940, est avancée au troisième lundi de décembre, c'est-à-dire au 16 décembre 1940, la salle des séances ne devant pas être chauffée pendant les vacances de l'Académie de chirurgie.

Heures de début des séances du lundi

A la demande de M. H. BEAUDOUIN et des membres de la Société résidant en banlieue, lors des séances du lundi, des communications commenceront à être entendues à 15 heures en raison de l'horaire des autobus. (*Adopté à l'unanimité*).

Décès du Professeur Wagner v. Jauregg

Le Bureau a le regret d'annoncer le décès du Professeur WAGNER v. JAUREGG, *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique, le célèbre psychiatre de Vienne, dont les travaux sur le traitement de la paralysie générale sont universellement connus.

COMMUNICATIONS

Démonomanie et syndrome de Cotard. Rapports avec la mélancolie et le syndrome obsessionnel primitif, par le professeur Henri CLAUDE, M^{me} le D^r MICHON et M. ROSINAUER.

Un début mélancolique insidieux s'affirmant peu à peu chez une femme intelligente et active, et conduisant, à travers un état obsédant de forme scatologique et obscène, à un délire du type démonomaniaque, puis, aboutissant finalement à un syndrome de Cotard, terminé par un suicide, tels sont les plans successifs sur lesquels a évolué le trouble mental de la malade dont nous voulons rapporter l'histoire. Nous pensons qu'ainsi est suffisamment caractérisé l'enchaînement des faits dans les divers tableaux du drame dont il convient d'apprécier les aspects en tenant compte d'une certaine perspective, dans le temps.

OBSERVATION. — La malade, Mme M. P., en 1939, était âgée de 42 ans, elle était secrétaire dans une maison de charbonnage où elle s'occupait

de la partie commerciale depuis une dizaine d'années. Elle avait été employée déjà dans une autre maison pendant 10 ans. Elle aimait bien son métier, où elle avait acquis la confiance de ses chefs. On la considérait comme une femme de tête ; aimant prendre ses responsabilités, de sorte qu'à plusieurs reprises, on lui avait confié la marche de la maison, ce dont elle ne manifestait ni orgueil, ni ambitions exagérées. Elle n'a d'ailleurs qu'une instruction primaire.

Dans ses antécédents pathologiques on signale peu de tares héréditaires, sauf peut-être éthylisme chez le père. A 6 ans, ictère. En 1924, à 28 ans, elle a fait une appendicite précédée de troubles hépatiques et intestinaux. Pas d'opération, mais, à la suite, elle est restée sujette à des périodes de tristesse et de dépression. Depuis 1930, en raison de difficultés financières, elle s'inquiète beaucoup et des questions d'argent exagèrent ses ennuis. Elle continue néanmoins ses occupations, mais elle est fatiguée par son travail de secrétariat et aussi par des troubles gastro-intestinaux. En 1936, elle consulte un médecin qui croit devoir lui imposer un traitement par des purgations fréquentes et des vermifuges. Ereintée par cette thérapeutique, elle décide de cesser ses occupations et d'aller se reposer à la campagne, avec son fils âgé de 13 ans.

C'est alors que se place, en 1937, l'événement auquel elle rapporte l'origine de son mal et qui ne fut qu'une cause occasionnelle. Elle est amenée à visiter un logement pour y passer les vacances, et, dans la conversation avec la propriétaire, celle-ci la fixant obstinément, lui dit : « Vous auriez tout ce qu'il faut pour réussir dans les sciences occultes, pour faire le médium, du spiritisme. » Mme P. est une femme très brune, aux yeux noirs, à l'allure assez autoritaire et assez hautaine. Ce fut un *choc pour moi*, dit-elle, car elle ne s'est jamais occupée ni de spiritisme, ni d'occultisme et n'a aucune lecture à ce sujet. Impressionnée par ces paroles, elle écourte la conversation, puis s'enfuit sans donner suite à la location projetée. Elle médite par la suite sur ces paroles, elle en parle à d'autres personnes. Elle évoque la scène de la conversation avec cette femme, elle croit sentir celle-ci près d'elle, « comme si ses cheveux la touchaient ». Cette sensation prétendue lui était particulièrement désagréable. La question du spiritisme, avec le caractère mystérieux qu'elle attachait à cette pratique, l'obséda chaque jour davantage. Dans son désarroi, elle eut l'impression qu'elle ébauchait des conversations intérieures à ce sujet. Un travail de rumination mentale s'installe qui la gênait à tel point qu'ayant quitté son emploi, elle résolut de se soigner et alla voir un psychothérapeute. Ce médecin, à titre de médication dérivative, lui fit faire des travaux d'écriture pour lui, des copies, et aussi des mots croisés. Tout cela la fatigua de plus en plus. En même temps, elle éprouvait des sensations étranges dans le corps, des impressions cœnestopathiques pénibles : sensation d'être plus petite, d'avoir les organes déplacés dans le ventre. On lui fait des massages sur le ventre,

ce qui ne fait qu'exagérer ses interprétations. Puis elle entre dans la phase des obsessions à caractère hypocondriaque banal, puis scatologique ou obscène, sans raison, car elle a toujours eu une vie très honnête, sans tendances érotiques, écartée des spectacles ou lectures licencieux, détestant les mots grossiers de la rue, et maintenant, ce sont ces phrases, ces grossièretés qui lui viennent à l'esprit. Ces gros mots, elle les entend dans sa tête et ils interrompent, en quelque sorte, sa pensée normale, ils se jettent en travers d'elle. Elle pense constamment : « Cette personne est un c.. ». Cet état obsédant la conduit à l'Hôpital Henri-Rousselle où elle séjourne quelque temps. Les obsessions persistent, s'aggravant même, car elles ne l'abandonnent plus ; tous les sujets qui se présentent à elle donnent naissance à des remarques scatologiques incessantes qui se déroulent avec une vitesse croissante et sans ordre, c'est un mentisme déroutant : « Ma pensée, dit-elle, va d'une vitesse effrayante et je suis épouvantée des pensées qui viennent en moi. J'ai l'impression qu'il y a dans mon esprit deux éléments d'activité, l'un qui représente, en quelque sorte, mon petit moi ancien qui s'est laissé dépasser par un subconscient sur lequel je n'ai pas d'action, parce qu'il est trop fort et qui m'impose ces pensées rapides incessantes que je déplore. »

Alors, surgit un nouvel élément : l'interprétation démoniaque : elle était assaillie par ces pensées si contraires à ses idées et à ses dispositions d'esprit, parce qu'elle était possédée de Satan à qui elle avait dû demander, en rêve, inconsciemment, de lui donner des pouvoirs extraordinaires, et qui avait affirmé son pouvoir sur elle en dirigeant sa pensée sous une forme si opposée à son véritable caractère. « C'est ainsi que, chaque fois que je veux avoir une pensée aimable, charitable, ou simplement convenable, c'est la pensée obscène ou grossière qui surgit dans mon esprit. J'ai honte de vous en donner un exemple : c'est ainsi que je voudrais vouer toutes les églises à Satan, que je ne peux pénétrer, moi, chrétienne, dans une église sans avoir des pensées de blasphème qui absorbent mon esprit, des jurons relatifs à Dieu, ou Dieu est un c.., le bon Dieu, je l'emm..., la Sainte Vierge est une vache, etc. Ou bien, ce sont des pensées obscènes concernant les gens avec qui je parle ou en relations avec moi-même : « Tu vois, tu n'es qu'une vache, tu as besoin du taureau. » On lui répète aussi : « Tu t'occuperas de spiritisme, tu es un démon, regarde tes cornes, regarde ta queue », ou bien, quand elle va à la selle, elle pense à quelqu'un et se dit : « Fais-lui sur la gueule » ; ou bien, quand il s'agit de son enfant : « Ton enfant est un c.., tue-le. » Elle reconnaît qu'elle n'a jamais eu une impulsion faisant craindre la réalisation. Tout cela se passe dans sa tête, dit-elle, et en dehors de sa volonté, mais peu à peu ce qui se passe dans sa tête se réalise comme si elle l'entendait ou avait tendance à le dire. Elle a l'impression qu'elle va prononcer ces mots qui hantent son esprit et qu'elle entend dans sa tête ; ce n'est d'ailleurs pas aussi fort que lorsqu'on parle à côté

d'elle. « C'est moi qui me parle, dit-elle spontanément, car il est impossible que quelqu'un soit aussi initié aux choses de ma vie ; si ce n'était pas moi qui pensais toutes ces horreurs, je n'en aurais pas souffert. »

En somme, que ce soit sous forme d'obsessions uniquement à caractère scatologique ou d'une obscénité révoltante ou de pseudo-hallucinations de type psychique ou psychomotrices, elle ne peut plus penser raisonnablement. D'une façon automatique, sa pensée propre est désagrégée et elle ne peut se dégager de cette formule d'un caractère mécanique par aucun moyen : écouter la T.S.F., les conversations d'autrui, la musique, le théâtre. C'est la lutte des deux moi, dont elle parlait plus haut, où le « moi subconscient » l'emporte.

Puis, la situation se complique, car, à ces pseudo-hallucinations dépouillées d'un caractère sensoriel, s'ajoute le caractère plus spécialement psychomoteur, sous forme de conversations interminables « qui occupent tout mon esprit ». Elle fait les questions et les réponses. « J'entends de vilaines choses, et j'ai l'impression d'y répondre aussi, bien que ma langue n'émette aucun son. J'ai demandé à mon mari s'il entendait les vilaines choses que je dis, heureusement, il n'a n'a jamais su ainsi ce que je croyais dire. Et parfois, exaspérée, il me semble que je parle réellement par lassitude, puisque je ne peux écarter ces mots qui reviennent automatiquement, puisque je ne peux en rendre personne responsable, puisque cela ne vient pas des gens qui m'entourent. C'est donc de moi que cela vient et pourtant c'est le contraire de ce que je voudrais penser. Ce ne sont pas des voix qui me parlent comme dans la vie normale, c'est mon cerveau qui « bat la campagne ».

Après un traitement prolongé par l'insuline, qui n'eut que l'avantage de donner à la malade une période de repos, on vit reparaître, après la cessation du traitement, une période d'agitation plutôt exagérée. Il fallut la maintenir, en raison des tentatives de suicide constamment répétées : strangulation, morsures, ouverture de veines, par tous les moyens. En même temps, à cette agitation succède un état d'apathie. Elle ne prend plus aucun soin d'elle, elle ne parle plus, semble concentrée sur ses hallucinations, et de temps en temps proteste violemment contre celles-ci : « Non, non, c'est horrible, assez mon Dieu ! »

Puis, elle entre dans la dernière phase de son activité délirante ; renonçant à la lutte, elle déclare : « Je ne guérirai jamais, je suis Satan, ma bouche vomit le feu. » Puis, apparaissent des idées de négation ou d'immortalité ou d'énormité. « J'ai cent mille milliards de cancers dans ma bouche », ou bien : « Je vois des milliards de milliards de vaches », ou même : « Il y a des millions de lits dans la salle », — « Que le poêle entre dans la bouche d'un tel. » Puis, une autre fois, elle déclare qu'elle n'a plus de bouche, plus d'estomac et refuse de manger ; elle n'est pas convaincue en voyant sa langue

dans une glace ; d'ailleurs, il est inutile qu'elle mange, elle ne mourra pas, elle doit souffrir éternellement en enfer, sans évoquer aucune idée précise de culpabilité.

Vers la fin de juin et le début de juillet 1940, la malade est nettement moins agitée. Elle dort assez bien, s'alimente ; elle parle raisonnablement avec les infirmières toute la journée. Elle s'occupe de sa toilette, travaille dans le service, on peut lui enlever le maillot et elle ne paraît plus s'inquiéter de ses voix qu'elle prétend ne plus entendre. Sa famille est étonnée de sa conversation raisonnable et réclame sa sortie. Bien qu'on redoute qu'il s'agisse d'une attitude de réticence et de dissimulation, si commune chez les mélancoliques, on finit par lui accorder sa sortie sur l'assurance que le mari la surveillera. Elle quitte l'hôpital le 18 juillet, son mari la ramène chez elle ; elle se montre très heureuse de regagner son domicile. En retrouvant son intérieur, elle est émue et pleure en voyant les photos de son enfant absent ; mais elle se console rapidement et paraît se remettre à ses occupations ménagères comme par le passé. Elle prépare le dîner, met de l'ordre dans son armoire et dort normalement. Le lendemain, son attitude n'éveille pas l'attention. Elle sort naturellement le matin pour aller chez le boulanger ; dehors, elle attend quelques minutes pour voir si son mari ne l'observe pas par la fenêtre, et prend une rue de traverse pour se diriger vers la Marne où elle se jette après avoir déposé ses affaires sur la berge. On a pu retrouver son corps bien qu'elle ait coulé immédiatement.

Réflexions. — Il s'agit, en somme, d'une crise de mélancolie anxieuse tardive chez une femme ayant eu quelques symptômes d'une prédisposition antérieure, crise provoquée en apparence par un épisode émotif très exagéré et sur un terrain favorable de dépression physique et morale. Mais, rapidement, le tableau se présente sous les apparences d'un état obsessionnel banal à teinte hypocondriaque, puis sous la forme d'obsessions scatologiques et obscènes dont on ne saisit pas la genèse en raison des conditions d'existence antérieures des plus correctes, si l'on s'en rapporte aux renseignements recueillis. Il s'agit de ces réactions *a contrario* si souvent rapportées chez certains obsédés, où la manifestation pathologique est sans rapport ou même en contradiction avec les habitudes mentales antérieures du sujet.

A cette condition obsessionnelle, essentiellement pénible, s'ajoute un état hallucinatoire suivant un processus commun aux malades qui projettent au dehors leur rumination mentale obsessionnelle sous la forme de pseudo-hallucinations d'abord psychiques, puis psychomotrices, tout en reconnaissant spontanément qu'il s'agit de productions de leur esprit.

Puis, sous l'influence de l'état émotif créé par ces faits pénibles, la malade, en raison de son fond mélancolique, est portée à attribuer sa détresse morale à l'influence du démon qui la possède, la dirige, lui inspire ses pensées et ses paroles.

Dans les six observations de démonomanie survenue au cours de la mélancolie que rapporte Esquirol (1), nous retrouvons à peu près la même symptomatologie que chez notre malade, avec, de plus, un élément hystérique qui n'était qu'ébauché dans notre cas. Cet auteur, après avoir déclaré que la démonomanie ne s'observe presque plus et n'attaque que quelques esprits faibles ou crédules, tend à rapporter la maladie à « une vive commotion morale, une frayeur, un propos ou un regard affecté ou menaçant »... Il insiste d'ailleurs sur le contraste observé entre la conduite antérieure très régulière de ces sujets et la construction satanique à laquelle se livre leur imagination.

On pourrait faire observer de même que la propension à une scatologie ou à des obscénités révoltantes chez notre malade — et dont nous n'avons pu donner qu'une faible idée — contraste avec le caractère et la moralité de cette personne, ce qui rentre dans les réactions *a contrario*, signalées souvent chez les obsédés, comme l'a montré surtout Janet.

Enfin, une autre remarque curieuse, c'est l'évolution de la psychose mélancolique, dans le cas rapporté, vers un syndrome de Cotard. Or, Esquirol, qui a précédé de longtemps Cotard, décrit une terminaison semblable chez beaucoup de ses malades. La malade M., par exemple, s'exprime ainsi : « Le diable emporte mon corps, je n'ai point de figure humaine, il n'y a rien d'affreux comme de paraître vivre et n'être pas du monde ; je ne mange, ni ne bois, je ne sens rien, on me mettrait dans le feu que je ne brûlerais pas : je vivrai des millions d'années, sans cela le désespoir m'eût portée à me détruire depuis longtemps. » Une autre malade, H., qui appartient au diable, n'a point de sang, elle ne sent rien, on peut la transpercer sans qu'elle éprouve la moindre douleur : « Je resterai, dit-elle, éternellement sur terre. »

Une autre, L., proclame : « Je n'ai pas besoin de manger (cependant elle mange beaucoup) ; je serais morte depuis longtemps si je n'étais pas le diable ; il y a plus de vingt ans que je ne suis pas allée à la selle. »

Ces formes de mélancolie, qui débutent tardivement par des caractères tout d'abord du type obsessionnel et d'apparence

(1) Esquirol, t. I, 1838.

lénigne, évoluent en réalité sous la forme de mélancolie grave ; quand l'obsession est tenace et prend un caractère injustifiable, elles aboutissent soit à la démence, soit au suicide. Elles méritent d'être connues et cette forme d'obsession à caractère obscène ou scatologique invétéré, par son caractère assez discordant et en opposition avec la mentalité du sujet, comporte un pronostic particulièrement grave.

M. CEILLIER. — Cette intéressante observation confirme bien les idées de Séglas. Nous y voyons la malade passer par les trois phases successives de psychasthénie, de mélancolie, de syndrome de Cotard. Nos divisions psychiatriques ne sont-elles pas un peu artificielles ? En fait, on observe le passage de l'une à l'autre. Nous soulignerons le contraste, banal dans le domaine des obsessions, et si accentué, ici, entre la grossièreté, l'obscénité des pensées morbides et les dispositions naturelles de la malade, femme honnête et très prude. Séglas avait bien montré que la violence de ce contraste conduit le malade à attribuer ses troubles à une influence extérieure, tant il se reconnaît incapable de pareilles pensées et de pareilles paroles. Aussi presque tous les délires d'influence reconnaissent-ils une origine psychogène. Et ce cas est particulièrement démonstratif du passage de l'obsession au délire ; on y trouve toute la série continue de transitions qui légitiment les théories anciennes de Séglas.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'observation de M. Claude m'a vivement intéressé, et je m'associe à la remarque, très exacte, qu'il a faite : c'est qu'on ne voit pas de telles malades à Ste-Anne. Elles redoutent d'y venir. Et voilà une nouvelle preuve de l'utilité des services libres.

M. Ach. DELMAS. — Du point de vue nosographique, il aurait été curieux de savoir comment aurait évolué cette malade, si elle ne s'était pas suicidée. Les accès mélancoliques sont bien polymorphes : certains ne se caractérisent que par des obsessions, d'autres évoluent sans obsession ; on peut voir le syndrome de Cotard accompagné ou non d'obsessions. Enfin j'insisterai sur la curabilité très grande du syndrome de Cotard. On a longtemps vécu, en psychiatrie, sur le dogme de son incurabilité. J'ai été frappé de ce que le plus grand nombre de ceux que j'ai observés s'étaient terminés par la guérison.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je partage l'avis de M. Delmas. On

voit guérir des sujets atteints du syndrome de Cotard, mais par ailleurs, on fait trop facilement le diagnostic de syndrome de Cotard. Souvent les malades emploient des mots, des expressions de négation dans un sens métaphorique, et souvent l'observateur les prend trop à la lettre. Et la description de Cotard, parmi ses six éléments, comportait toujours une vive anxiété.

M. H. CLAUDE. — Je suis du même avis que MM. Delmas et Laignel-Lavastine sur l'extension relative des idées de négation et du syndrome de Cotard. J'observe un cas voisin de ce que Mallet appelait « obsession de négation ». J'avais bien connu la malade de Mallet chez M. Séglas, et je me demande s'il ne s'agit pas de sujets insatisfaits par l'insuffisance de leurs perceptions : ils ne sentent plus leurs organes, ils les nient ; c'est un délire sans idées. J'ai essayé de torpiller ma jeune malade, qui ne présentait pas d'élément mélancolique : je dois dire qu'elle a été améliorée. Chez une mélancolique, ce résultat n'aurait pas été obtenu.

M. CEILLIER. — Dans son chapitre sur le Délire des Négations, Séglas ne faisait figurer que pour une part le syndrome de Cotard mélancolique ; il faisait place aux idées de négation chez les maniaques, les paralytiques généraux, etc.

M. Ach. DELMAS. — Je terminerai par une anecdote : Un malade lucide, capable de déductions logiques, qui avait des idées de négation, prétendait ne plus avoir de sang. Un de mes assistants, pour le convaincre, lui fit une petite piqûre et en préleva une goutte : « C'est la dernière goutte que j'avais », répliqua le malade.

A propos de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique,
par M. L. MARCHAND.

Depuis le rapport que j'ai eu l'honneur de présenter à la session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenue à Rabat, en 1933, l'encéphalite psychosique aiguë azotémique, représentée cliniquement par le délire aigu des anciens, a été l'objet de nombreux mémoires. Il est intéressant, avec le recul du temps, de considérer les opinions diverses que cette notion a soulevées, les uns admettant sans réserve la nouvelle appellation du délire

aigu, d'autres la rejetant simplement en ne lui accordant aucune signification, certains prétendant qu'ils avaient décrit les mêmes lésions encéphaliques et les mêmes réactions humorales.

Le but de cette communication est de reprendre l'appellation qu'avec mes collaborateurs, mon maître M. Toulouse et mon regretté élève Courtois, nous avons employée pour apporter plus de précision dans la désignation du délire aigu, et de voir si vraiment chacun des termes répond à un caractère particulier de cette grave affection.

Parmi les critiques, la plus importante, à mon point de vue histo-pathologiste, a porté sur le terme « encéphalite », qui ne serait pas approprié aux lésions nerveuses du délire aigu. Au Congrès de Rabat, en présence des microphotographies que j'ai projetées et des coupes histologiques que j'ai mises à la disposition des congressistes, les critiques concernant ce terme ont surtout eu trait au fait que les lésions vasculaires étaient peu marquées par rapport aux lésions dégénératives cellulaires. Je pensais que mes explications avaient entraîné la conviction qu'il s'agissait bien de lésions encéphalitiques réactionnelles. Je ne serais pas intervenu de nouveau à propos de cette critique si elle n'avait été reprise récemment par mon savant ami le Professeur Laignel-Lavastine, dont les arguments dans nos discussions sont d'un si grand poids.

Dans une communication récente à la Société médicale des hôpitaux, le Professeur Laignel-Lavastine et ses collaborateurs (1) laissent entendre, avec une certaine réserve, je le reconnais, que le terme encéphalite pour désigner les lésions du délire aigu « préjuge des lésions anatomiques à caractère inflammatoire » et ils proposent, pour désigner leur cas, le terme plus général d'encéphalopathie. C'est la lecture de leur intéressante communication qui m'a engagé à défendre de nouveau la notion de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique.

Ayant suivi pendant plus de quarante ans les réunions de la Société anatomique, j'ai assisté aux nombreuses discussions concernant non seulement l'inflammation du système nerveux, mais, ce qui m'intéressait particulièrement, l'inflammation en général, et j'ai pu me pénétrer des opinions émises par des maîtres vénérés dont je conserve un fidèle souvenir, en particulier par Cornil, Letulle et Brault. C'est ainsi que j'ai pu me rendre

(1) LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN. — Un cas d'encéphalite psychosique azotémique aiguë, *Soc. Méd. des Hôp.*, 13 sept. 1940, p. 567.

compte que les lésions du délire aigu présentaient tous les caractères des lésions inflammatoires.

Letulle, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, définit ainsi l'inflammation : « L'inflammation se caractérise par la série des désordres matériels, *dégénératifs* et *réactionnels*, résultant de toute injure mécanique, toxique ou infectieuse ayant atteint l'organisme vivant. » Prenons aussi la définition donnée par Roussy, Leroux et Oberling (1), dont la haute autorité comme anatomo-pathologistes ne peut être contestée : « L'inflammation doit être envisagée comme un ensemble de phénomènes réactionnels, phénomènes cellulaires et intercellulaires, phénomènes vasculaires et humoraux, dont aucun, pris isolément, ne suffit à la définir. »

Voyons maintenant quelles sont les lésions du délire aigu. Mes recherches portent actuellement sur les examens histologiques des encéphales de plus de soixante-dix sujets. Je pense que l'on ne pourra pas m'adresser le reproche d'avoir basé hâtivement mon interprétation sur quelques cas isolés. J'ai développé longuement mes constatations dans mon rapport de Rabat et dans le livre écrit en collaboration avec Courtois (2). Je ne ferai que les résumer ici.

Les lésions de l'encéphale sont aiguës et diffuses. Elles sont de deux ordres : les unes, d'ordre dégénératif, intéressent les cellules nerveuses et principalement les cellules corticales des lobes frontaux, les cellules des couches optiques et des olives bulbaires ; les autres, d'ordre vasculaire, portent particulièrement sur les petits vaisseaux et les capillaires de la substance blanche sous-corticale, de la couche optique et du bulbe ; outre ces lésions il est fréquent de constater des nodules inflammatoires dans le bulbe et une satellitose accusée des dernières couches corticales des lobes frontaux.

Ce sont là les lésions mêmes qui caractérisent un processus inflammatoire, puisqu'il ne me paraît pas douteux que ces désordres matériels *dégénératifs* et *vasculaires* résultent d'une injure, dont la cause actuelle nous échappe, et présentent les caractères de lésions réactionnelles. Dans les cas aigus et suraigus rapidement mortels, les lésions d'attaque sont surtout d'ordre dégénératif ; si la mort ne survient que quelques jours ou quelques semaines plus tard, les lésions vasculaires deviennent accusées. Ainsi, dans le délire aigu, tous les éléments nerveux et vasculaires,

(1) *Précis d'anatomie pathologique*, t. I, p. 173. Masson édit., 1933.

(2) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — *Les encéphalites psychosiques*. Le François édit., 1935.

comme dans l'inflammation en général, sont solidaires dans leurs réactions. Si on veut bien se rapporter aux définitions de l'inflammation données par Letulle d'une part, par Roussy, Leroux et Oberling d'autre part, il est difficile de ne pas reconnaître un caractère inflammatoire aux lésions du délire aigu ; le terme d'encéphalite pour les caractériser me paraît justifié.

M. Laignel-Lavastine propose de remplacer dans son cas le terme « encéphalite » par celui « d'encéphalopathie ». Je trouve que ce terme est bien vague pour désigner une affection telle que le délire aigu ; c'est un peu comme si on parlait de cardiopathie, de néphropathie pour désigner une affection aiguë du cœur ou des reins. Que l'on trouve un autre terme qu'encéphalite pour désigner les lésions du délire aigu, je n'y vois aucun inconvénient pourvu qu'il indique que les lésions sont à la fois d'ordre dégénératif et vasculaire, comme celles qui caractérisent l'inflammation en général.

Les autres critiques sont plus anodines. On nous a reproché d'employer le qualificatif de « psychosique » qui serait peu euphonique. Reconnaissons qu'il y a bien d'autres termes en médecine générale et surtout en médecine mentale qui sont encore plus dysphoniques. Quand, avec M. Toulouse, nous avons cherché à préciser que l'encéphalite du délire aigu se manifestait principalement par des troubles mentaux, nous avons hésité entre les qualificatifs « psychosique » et « psychotique » qui serait plus grammatical, mais encore moins euphonique que psychosique. On dit bien névrosique au lieu de névrotique ; nous avons pensé que psychosique ne serait pas plus choquant et c'est pourquoi nous l'avons retenu. Comme nous ne tenons pas spécialement à cette appellation, nous attendons qu'on en propose une autre plus agréable à l'oreille mais qui s'adapte bien à la désignation du fait qu'il s'agit d'une encéphalite qui se traduit surtout cliniquement par des troubles mentaux.

Quant à appliquer au délire aigu le terme de « psycho-encéphalite », nous avons déjà discuté cette question au Congrès de Rabat et nous avons donné les raisons pour lesquelles nous l'avons écarté. C'est ainsi qu'il nous a paru nécessaire de distinguer d'une part l'encéphalite psychosique aiguë qui est avant tout une affection dans laquelle le processus porte surtout son action sur les éléments nerveux dont dépendent les activités psychiques, d'autre part les neuro-psychoencéphalites aiguës qui se traduisent cliniquement par des symptômes cérébraux et médullaires (polio-encéphalites, leucoencéphalites, encéphalite épidémique, sclérose

en plaques aiguë, encéphalite herpétique et zostérienne, encéphalo-myéélite disséminée, encéphalites aiguës des maladies éruptives, névrite rabique, méningite lymphocytaire, paralysie générale aiguë, etc...). Cette distinction me paraît indiquée, si l'on veut mettre un peu d'ordre dans la classification des encéphalites aiguës non suppurées.

J'arrive maintenant à la légitimité du qualificatif « azotémique ». La seule critique qui jusqu'alors lui ait été adressée, c'est qu'il existe de nombreuses maladies nerveuses et mentales au cours desquelles il y a rétention sanguine de l'urée et que l'azotémie est un symptôme banal de toutes les maladies infectieuses. Nous n'avons jamais prétendu, mes collaborateurs et moi, que l'azotémie soit pathognomonique de l'encéphalite psychosique aiguë. Il n'existe en médecine générale aucun symptôme clinique ou humoral pris isolément qui soit spécial à une affection ; pourquoi en serait-il autrement en médecine mentale ? Nous avons toujours soutenu que l'on peut observer une augmentation de l'urée sanguine dans la plupart des atteintes cérébrales aiguës, dans les syndromes accompagnés d'une sidération générale plus ou moins intense, et Courtois (1) a bien mis en lumière le rôle du système nerveux dans l'apparition de certaines azotémies extra-rénales. En ajoutant ce nouveau qualificatif à l'encéphalite psychosique aiguë, nous avons voulu seulement indiquer la constance de la rétention urémique, son apparition après l'installation des troubles mentaux, son évolution aiguë, l'intérêt que peuvent présenter ses oscillations en vue du pronostic, son origine extra-rénale symptomatique, le taux considérable qu'elle peut atteindre, rarement observé au cours d'autres maladies.

En résumé, en proposant l'appellation « encéphalite psychosique aiguë azotémique » pour désigner le délire aigu des anciens auteurs, nous avons simplement tenté de mettre en évidence les principaux caractères, anatomique, clinique, humoral, de l'affection. C'était suivre la tendance de la psychiatrie moderne de rattacher certains états psychosiques à des maladies cérébrales organiques, comme cela a été fait pour certaines névroses en neurologie.

M. DELAY. — Les observations typiques d'encéphalite psychosique aiguë azotémique sont incontestables. Mais lorsqu'on passe en revue la littérature, on constate que tous les cas publiés sous

(1) COURTOIS. — Les azotémies d'origine nerveuse, *Presse méd.*, n° 57, 18 juillet 1934.

ce titre ne réunissent pas toujours les deux points caractéristiques : caractère extra-rénal de l'azotémie, et absence d'étiologie définie.

Je vais vous citer deux exemples. Nous avons publié le premier, avec M. Lemierre, à la Société médicale des Hôpitaux. Le premier malade se présentait en état de confusion mentale avec torpeur, fièvre modérée (38°), et azotémie considérable, 6 g. 50, sans oligurie, ni cylindrurie, ni rétention chlorurée. Nous l'avons traité par rechloruration, et en huit jours, l'azotémie de 6 gr. 50, était tombée à 0,30. Ne s'agissait-il pas d'une forme curable d'encéphalite psychosique azotémique ? Nous nous le demandions, quand apparut une desquamation, par larges plaques, de la paume des mains et de la plante des pieds, tout à fait typique de scarlatine. Et le malade pouvant enfin s'exprimer, nous apprîmes l'existence, antérieure à la confusion, d'une angine, d'une éruption très fugace. C'était une scarlatine très atypique, réalisant une néphrite azotémique pure, et une forme mentale pure liée à la néphrite scarlatineuse.

Dans le second cas, la confusion mentale s'accompagnait d'une urée sanguine moins élevée, 2 gr. 10 ou 15, de subictère, d'hyperémie conjonctivale, qui la rapprochaient des observations de spirochètose ictérigène de Costa et Troisier. De fait, la séro-réaction de Martin et Pettit montra une forte agglutination. Il s'agissait donc bien d'une confusion mentale symptomatique de spirochètose ictérigène.

Ainsi, à côté de cas incontestables, tels que ceux décrits par M. Marchand, il en est d'autres dans lesquels l'azotémie est bien d'origine rénale, et que la recherche très poussée de l'étiologie fait rentrer dans un cadre nosologique connu.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je suis le premier à rendre hommage aux beaux travaux de mon ami Marchand qui, avec Toulouse et Courtois, a eu le mérite de décrire un syndrome anatomo-physiologique bien défini en psychiatrie, ce qui est très important.

Dans le cas que j'ai publié, et à propos duquel j'émettais les remarques qui ont amené l'intervention de M. Marchand, le malade a guéri ; je ne peux donc pas aborder à son sujet la partie anatomique de la discussion. J'ai employé le terme d'encéphalopathie qui est beaucoup plus large, plus compréhensif que celui d'encéphalite. Aussi bien, ce cas sort-il du syndrome que nous envisageons ici ; j'ai d'ailleurs apporté à la Société médicale des Hôpitaux le complément de l'observation : il se produisait des décharges intermittentes d'un germe, qui peut-être n'était qu'un

microbe de sortie, mais a permis cependant de reproduire chez le lapin des lésions d'encéphalite avec azotémie.

Puisque le point de vue grammatical a été soulevé, il est certain qu'il faudrait dire *psychotique*. On a pris l'habitude de dire *psychosique*. L'euphonie peut faire accepter cette faute grammaticale !

Le terme *azotémique* est très bon.

Quant à *extrarénal*, ce dernier terme est sujet à la critique. Dans ces cas à forte azotémie, il y a une telle quantité de déchets à éliminer par le rein, que cette élimination se trouve limitée par des lois physiques. Pour qu'elle se fasse, il faut que la concentration des impuretés ne dépasse pas une certaine dilution. Or on se trouve en présence de malades qui ne boivent pas. La pression artérielle diminue, et l'élimination se bloque. Qu'on introduise dans la circulation de l'eau sucrée ou salée, elle reprend et l'azotémie disparaît. Bien que le processus ne laisse aucune séquelle, il a existé un élément rénal.

Mais je suis tout à fait d'avis qu'il s'agit en premier lieu d'une réaction du cerveau à des causes variables, s'exerçant sur des zones étendues. L'importance des troubles, l'amaigrissement énorme, sont en faveur d'une atteinte des centres régulateurs du métabolisme, notamment de celui des protides.

M. Ach. DELMAS. — M. Marchand estime-t-il que les cas cités par M. Delay diffèrent de son encéphalite psychosique, et pourquoi ? On a considéré autrefois que le délire aigu n'était qu'un aboutissement de manie ou de mélancolie, un syndrome typique. Ces états confusionnels ne me paraissent pas différents, du seul fait qu'on en trouve ou qu'on n'en trouve pas la cause, si le syndrome clinique et le syndrome anatomique sont les mêmes. Dans le premier cas de M. Delay, le virus scarlatin ne produit pas les troubles habituels du délire aigu ; il ne s'agit plus d'un délire aigu, mais d'une scarlatine.

M. GUIRAUD. — Malgré les divergences terminologiques, nous sommes d'accord sur beaucoup de points : 1° le délire aigu est un syndrome clinique pouvant résulter de causes diverses. Le fait que dans un cas déterminé on trouve la cause du délire aigu ne le fait pas sortir du cadre des délires aigus ; j'en ai publié des cas authentiques dus à l'action des toxines colibacillaires (1) ; 2° l'examen anatomique montre que la lésion essen-

(1) P. GUIRAUD. — Psychoses colibacillaires aiguës. *Ann. Méd.-Psych.*, mai 1939.

tielle est une lyse des cellules nerveuses avec forte réaction névroglique, sans réaction périvasculaire d'origine mésodermique notable. Ce dernier caractère distingue le délire aigu des encéphalites par action directe sur le cerveau d'un agent pathogène vivant : encéphalite épidémique, rage, rhumatisme cérébral, etc...

La caractéristique clinique du délire aigu n'est pas tant la confusion mentale ou l'onirisme que la gravité vitale de l'atteinte nerveuse ; j'ai souligné (1) les symptômes suivants : agitation motrice désordonnée, hyperthermie, azotémie, oligurie, troubles de l'instinct d'alimentation, amaigrissement rapide, atteinte cardiovasculaire, brièveté de la phase critique de la maladie. Ces symptômes distinguent le délire aigu des autres confusions mentales. L'observation que signale M. Delay ne me paraît pas entrer dans le cadre du délire aigu à cause de l'absence de beaucoup de symptômes caractéristiques.

L'origine de ces symptômes dans le délire aigu est, à mon avis, une atteinte des centres encéphaliques vitaux qui président aux métabolismes de l'eau et des substances protéiques, depuis le bulbe jusqu'au troisième ventricule. Je rappelle les expériences de M. Christophe, qui en faisant passer le sang provenant du membre inférieur d'un chien brûlé, par la tête d'un autre chien et exclusivement par sa tête, provoque chez ce dernier la « maladie des brûlés », qui ressemble beaucoup au délire aigu et comporte une néphrite épithéliale comparable à celle que nous avons décrite avec Chapoulaud dans les délires aigus mortels (2). L'atteinte est primitivement nerveuse ; la néphrite n'est que la conséquence de l'intoxication du rein par les produits nocifs du métabolisme troublé par l'atteinte nerveuse.

M. PORC'HER. — Je voudrais dire un mot, d'ordre pratique. Quand vous hydratez ces azotémiques, par voie intraveineuse, avec du sérum physiologique en quantité suffisante, la mortalité devient tout à fait réduite.

M. TUSQUES. — On observe des résultats différents suivant qu'on a un service d'hommes ou un service de femmes : le délire aigu est plus fréquent et plus grave chez la femme que chez l'homme.

(1) P. GUIRAUD et L. SAUNET. — Pathogénie des symptômes du délire aigu. *Ann. Méd.-Psych.*, nov. 1938.

(2) P. GUIRAUD et J. CHAPOULAUD. — Lésions rénales dans le délire aigu. *Ann. Méd.-Psych.*, janv. 1939.

M. MARCHAND. — Le but de ma communication était de présenter quelques explications concernant l'appellation que mes collaborateurs et moi avons proposée pour désigner le délire aigu des anciens. La discussion a dévié et a porté surtout sur les différentes causes de l'affection et sur les interprétations proposées pour expliquer l'hyperazotémie.

Nous n'avons jamais eu l'intention, comme certains le croient, d'individualiser l'encéphalite psychosique aiguë azotémique comme une entité morbide ; nous avons toujours précisé que nous considérons cette affection comme un syndrome. Nous attachons une importance prépondérante au mode de réaction de l'encéphale, à son aptitude à réagir à des causes très différentes et parfois banales.

Quant au premier cas de M. Delay, je l'interprète comme une encéphalite psychosique aiguë azotémique apparue au cours d'une scarlatine. L'affection était caractérisée par le syndrome : confusion avec torpeur, fièvre, azotémie. L'azotémie ne s'accompagnait pas des symptômes habituels des néphrites aiguës ; elle a suivi une évolution parallèle à celle des troubles mentaux ; elle est disparue rapidement en même temps que les troubles mentaux ; je tendrais à la rapporter à l'atteinte cérébrale et non à une atteinte des reins.

La pathogénie de son deuxième cas me paraît toute différente. Il s'agit d'une infection générale virulente, la spirochétose avec azotémie et manifestations cérébrales par propagation de l'agent microbien au cerveau.

Je répondrai à M. Delmas que, ne connaissant pas la cause pathogénique de l'encéphalite psychosique, nous avons été obligés provisoirement de diviser les cas en primitifs quand l'atteinte cérébrale survient chez des sujets paraissant en bonne santé, en secondaires quand la maladie apparaît au cours ou au déclin de maladies déterminées. Nous avons réservé un troisième groupe pour le délire aigu survenant au cours d'un état psychopathique.

Quant à l'azotémie, je tiens à répéter que l'excès d'urée sanguine n'est pas spécial à l'encéphalite psychosique, qu'il s'observe dans tous les cas où il existe une sidération fonctionnelle profonde du cerveau, par exemple au cours des comas par hémorragie ou ramollissement cérébral ; des facteurs multiples interviennent certainement pour produire l'azotémie ; mais l'évolution de la rétention uréique au cours de l'encéphalite psychosique est si particulière qu'avec Toulouse et Courtois nous nous

sommes crus autorisés à la qualifier d'azotémique, appellation qui paraît ne plus soulever d'opposition.

Le test de Rorschach appliqué à l'examen clinique, par M. LAIGNEL-LAVASTINE, M^{me} MINKOWSKA, MM. BOUVET et FOLLIN

Les tests peuvent compléter utilement l'examen clinique ; ils placent le malade devant une tâche précise et font ainsi appel à l'activité spontanée du sujet. Le test de Rorschach éloigne encore davantage de l'interrogatoire qui occupe une très grande place dans l'examen clinique psychiatrique : il n'a plus du tout recours à des questions, mais met le malade en face d'impressions visuelles, inattendues, inaccoutumées, variées, sans signification précise, et déclenche ainsi des réactions personnelles sans l'intervention de l'examineur.

Rorschach publiait son ouvrage en 1921. Issu de l'école de Zurich, fortement influencé par la psychanalyse, il éprouvait le besoin de dépasser l'une et l'autre ; son test est destiné à étudier avant tout la *forme* (« Formdeutungsversuch »), et d'établir en dernier ressort divers types d'individus. Il s'écartait ainsi momentanément de la psychiatrie clinique pour se rapprocher de la psychologie normale. Les types établis restaient, à leur origine, sans liaison avec la classification psychiatrique, et la mort prématurée de Rorschach, survenue un an à peine après la publication de son livre, ne lui permit point de développer toutes les possibilités contenues dans son livre.

Le test de Rorschach a été appliqué sur une vaste échelle par les psychologues, les pédagogues et les psychanalystes. La technique restant la même, la manière de se servir des résultats varie, chacune de ces disciplines posant des problèmes différents. En psychiatrie, on s'est surtout attaché à trouver pour chaque forme nosographique les caractères particuliers du test. L'un de nous est en train de préparer un travail de cet ordre sur les épileptiques.

Mais on peut également procéder différemment, à savoir, étudier des cas isolés présentant quelques particularités d'interprétation difficile du point de vue clinique, et essayer de lever ces difficultés à l'aide du test. Dans ce groupe de malades nous croyons pouvoir distinguer trois catégories : 1° le délire apparent dans l'examen clinique ne se manifeste pas dans le test ; 2° le test montre une atteinte de la personnalité beaucoup plus

profonde que l'examen clinique, dans le sens d'une dissociation schizophrénique par exemple ; 3° le test traduit aussi bien l'aspect délirant que la partie non touchée par le délire de la personnalité du malade.

En cherchant à adapter le test de Rorschach à l'examen clinique, nous nous sommes sciemment écartés de la technique classique de l'interprétation des résultats du test. En maintenant sa première opération qui consiste en une évaluation qualitative des réponses, nous n'avons pas utilisé les suivantes : l'évaluation quantitative et le psychogramme typologique auquel cette évaluation doit mener, ces dernières opérations étant plus importantes du point de vue psychologique que clinique. En même temps, nous débordions par un autre côté la technique de Rorschach, en faisant une large part au comportement du sujet pendant l'exécution du test ainsi qu'aux particularités du langage dont il se sert, le comportement et le langage révélant en effet la structure psychopathologique de l'individu.

La comparaison des réponses données par deux malades paraît particulièrement démonstrative. (Elles seront reproduites et analysées en détail dans un mémoire). Dans l'un de ces cas, nous avons pu écarter ainsi le diagnostic de schizophrénie, tandis que dans l'autre, le test mettait en évidence une dissociation schizophrénique beaucoup plus profonde que l'examen habituel, et que la clinique ne venait confirmer que quelques mois plus tard.

Dans le cas des deux sœurs jumelles atteintes d'un délire d'interprétation à deux, qui ont fait l'objet d'une communication à la Société médico-psychologique au mois de mars 1940, le test de Rorschach a permis non seulement de différencier la personnalité forte de l'inducteur d'avec la personnalité plus faible du délire induit, mais encore de démontrer dans quelle mesure la personnalité première des deux sœurs, artistes-peintres toutes les deux, était relativement peu touchée par le délire, constatation ayant son importance tant en ce qui concerne le pronostic que, le cas échéant, les décisions pratiques à prendre.

D'autres cas étudiés par nous viennent également mettre en lumière les services que peut rendre le test de Rorschach adapté de cette manière à l'examen clinique.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je tiens à remercier Mme Minkowska pour la collaboration précieuse qu'elle m'a apportée. J'ai vivement apprécié la manière très nuancée avec laquelle elle

applique la méthode de Rorschach, qui devient ainsi un instrument applicable à la clinique courante, pour établir le profil du caractère du malade.

**Quelques considérations sur les psychoses de guerre
et l'alcoolisme, par M. RAYNEAU.**

Pendant la période tragique que nous avons traversée en mai et juin 1940, nous avons tous eu l'occasion d'observer des psychoses de guerre, psychoses par épuisement, psychoses comotionnelles et d'autres encore.

Certains sujets atteints de ces troubles mentaux ont guéri rapidement, dès qu'ils ont pu se reposer en sécurité et être ainsi soustraits aux causes qui avaient déclenché leur affection.

Quelques-uns, épuisés par les fatigues et les privations, ou frappés par des projectiles, sont morts sur la route.

D'autres, enfin, ont été placés dans les hôpitaux psychiatriques, soit par les soins des autorités françaises, soit même, en leur carence, par les autorités d'occupation.

Nous ne manquerons pas de voir surgir de nombreux travaux sur les causes, l'évolution et le pronostic de ces psychoses. Je n'insiste donc pas sur l'intérêt qu'elles présentent.

Ce qui me préoccupe en ce moment, et ce sur quoi je veux attirer votre attention, c'est la situation lamentable dans laquelle se trouvent certains de ces malades qui ont été révoqués trop hâtivement, semble-t-il. Ces malheureux et leurs familles sont dans la détresse, ce qui n'est pas fait pour les remonter.

Quelques-uns en pleine convalescence ont fait une rechute et il a fallu les interner à nouveau. D'autres enfin ont cherché dans le suicide un remède à leur misère. Je connais plusieurs cas de ce genre.

J'estime donc que notre Société a le devoir de s'intéresser à ces victimes de la guerre et que l'on pourrait nommer une commission chargée de proposer ce qu'il y aurait lieu de faire pour attirer l'attention des Administrations sur ces cas particuliers qui nécessitent une enquête minutieuse et une observation médicale prolongée avant de prendre toute sanction.

Enfin, on dit que le gouvernement est résolu à prendre des mesures énergiques contre l'alcoolisme, qui a joué un rôle si néfaste dans l'effondrement de notre malheureux pays.

Là encore, il m'apparaît que notre Société devrait formuler

hautement son opinion sur les mesures qui s'imposent pour triompher de ce fléau, notamment sur la durée de l'internement, de l'organisation du travail, le régime particulier qu'il faut imposer à ces intoxiqués, pour que leur cure soit efficace et qu'ils ne retombent pas dans leurs excès, dès qu'ils ont franchi le seuil de l'Etablissement.

Il y a là matière à des discussions qui présenteraient un grand intérêt et qui montreraient que notre Société est décidée à jouer un rôle important dans le mouvement de rénovation auquel sont conviés tous les bons citoyens.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ce que demande M. Rayneau est parfaitement légitime. Des Commissions ont été créées pour reprendre et examiner tous les cas dont les dossiers leur sont soumis. Tous les fonctionnaires qui avaient été frappés en raison de leur absence au 15 juin ont été avisés qu'ils pouvaient présenter une demande régulière en vue de l'examen de leur cas. Et le nombre des réintégrations effectuées commence à être important.

M. MINKOWSKI. — Si le malade n'est pas en état de le faire, c'est à la famille qu'il appartient de prendre l'initiative des démarches devant ces Commissions.

M. GUIRAUD. — La question de l'alcoolisme et de la guerre pourrait être étudiée au cours de l'une des prochaines séances.

La séance est levée à 18 heures 10.

Les secrétaires des séances :

Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

Séance du Lundi 16 Décembre 1940

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Présidence : M. Paul GUIRAUD, Président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 25 novembre est adopté.

Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre de M. le D^r VIÉ qui, malade, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r TEULIÉ qui a représenté la Société médico-psychologique aux obsèques du D^r Roger ANGLADE ;

une lettre de M. le D^r BRENUGAT qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Aubanel* ;

une lettre de M. le D^r LETAILLEUR qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Moreau de Tours*.

Séances de la Société en Janvier 1941

La *séance inaugurale* de 1941 aura lieu le *lundi 27 janvier*.

En plus de cette réunion mensuelle statutaire se tiendra le *jeudi 9 janvier* à l'Hôpital Henri-Rousselle une *séance supplémentaire* réservée à des présentations cliniques ou anatomo-pathologiques.

Vacance de deux places de membres titulaire

Deux places de *membre titulaire* sont déclarées vacantes. Les candidatures seront reçues jusqu'au *lundi 27 janvier* : le vote aura lieu à la séance du *24 février 1941*.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. GUIRAUD, au nom d'une Commission composée de MM. BESSIÈRE, H. CLAUDE et GUIRAUD, rapporteur, sur la candidature de M. le D^r André ADNÈS, il est procédé au vote :

Nombre de votants	23
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. le D ^r ADNÈS	23 voix
----------------------------------	---------

M. le D^r ADNÈS est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Election du D^r Bourguignon à l'Académie de Médecine

M. le D^r BOURGUIGNON, *membre titulaire*, vient d'être élu membre de l'Académie de Médecine. Le Président lui adresse les félicitations de la Société.

Décès du D^r Roger Anglade

M. GUIRAUD, *président*. — Nous avons tous été douloureusement surpris en apprenant, à la fin de novembre, la mort de notre cher collègue et ami le D^r Roger ANGLADE. Se sentant souffrant il avait, dans les derniers jours de septembre, quitté Villejuif pour aller auprès de sa famille à Bordeaux. C'est là qu'il a été si rapidement emporté par la maladie. Notre collègue, M. Teulié, a pu représenter la Société à ses obsèques. Nous renouvelons à sa famille si cruellement éprouvée l'expression de notre bien vive sympathie.

Rapport de la Commission des Finances

Mme le D^r THUILLIER-LANDRY donne lecture de ce rapport et résume ainsi le bilan de la Société :

Exercice 1940

Avoir de la Société au 18 décembre 1939	4.639 84
Recette de l'année	49.083 50
Total	53.723 34
Dépenses de l'année	37.940 »
Reste	15.783 34

L'avoir de la Société se décompose ainsi :

Fonds libres de la Société médico-psychologique	6.515	19
En dépôt au titre des prix :		
Prix Aubanel	4.831	60
Prix Belhomme	2.232	50
Prix Moreau de Tours	147	50
Legs Christian	2.056	55
	9.268	15
	9.268	15
Total	15.783	34

Après avis de la *Commission des Finances*, la Société Médico-Psychologique, à l'unanimité des membres présents, approuve les comptes de 1940 et vote des félicitations au D^r Georges COLLET, *trésorier-archiviste*.

Rapport du Secrétaire général

M. CARRETTE. — En l'absence de M. COURBON, à qui nous exprimons nos souhaits bien vifs de complet rétablissement, M. Jacques VIÉ devait vous présenter le rapport du Secrétaire général. Il est souffrant depuis quelques jours et nous a remis le rapport que voici.

Les douloureux événements que notre pays a traversés cette année ont eu forcément leur répercussion sur le fonctionnement de la Société Médico-Psychologique.

Mais tout notre effort a cherché à maintenir, en dépit des circonstances, le lien scientifique que représente pour ses membres la marche de la Société. Pendant la première partie de l'année, notre Président, M. GUIRAUD, M. CARRETTE, Secrétaire des séances, mobilisés se sont trouvés éloignés de nous. La guerre n'a pas fait de victimes parmi les nôtres, mais certains de nos membres, notamment MM. DUBLINEAU, FRANTZ ADAM, EISSEN, SCHERRER... sont encore prisonniers ; nous espérons leur prochain retour et nous leur adressons toute notre sympathie.

Malgré les circonstances, notre Société a tenu toutes ses réunions statutaires, sauf celle du 24 juin, rendue impossible par l'absence de moyens de transports ; néanmoins, la Société ne fut pas ce jour-là complètement absente de son siège social, car notre Vice-Président, M. Achille DELMAS, avait eu à cœur de venir rue

de Seine. Outre ces neuf réunions ordinaires, la Société a tenu quatre séances cliniques : on y a entendu en tout 50 communications.

En comptant la séance actuelle, on enregistre, en 1940, l'élection de : un membre titulaire honoraire, quatre membres titulaires, six membres correspondants nationaux.

Le prix Aubanel a été décerné à M. le D^r BRÉNUGAT, le prix Moreau de Tours à M. le D^r LETAILLER.

M. René CHARPENTIER a mis tout son dévouement et toute sa ténacité habituels à assurer, dans des conditions particulièrement difficiles, la publication des *Annales Médico-Psychologiques* : nous lui exprimons toute notre reconnaissance pour ce bel effort.

La collaboration des membres du Bureau nous a été bien précieuse, et nous aurions été tout à fait heureux de nous retrouver au complet en cette fin d'année avec M. COURBON que nous souhaitons vivement voir bientôt complètement rétabli. Mais nous avons eu le regret d'enregistrer sa décision irrévocable de ne pas se représenter à vos suffrages pour le poste de Secrétaire général. Vous savez combien dans ce poste il a fait preuve d'une activité féconde et d'un dévouement constant. Et je crois être l'interprète de tous nos collègues en exprimant à M. COURBON, avec tous les regrets que nous inspire sa décision, toute la reconnaissance de la Société.

Vous allez donc procéder au renouvellement du Bureau.

M. Achille DELMAS, élu vice-Président l'an dernier, devient de droit Président.

Vous allez avoir à élire, pour 1941, le vice-président, le secrétaire général, le trésorier et deux secrétaires des séances.

Election du Bureau de la Société pour l'année 1941

Conformément à l'article 5 des statuts et à l'article 35 du Règlement, le Bureau, renouvelé chaque année, est élu par la Société parmi les membres titulaires, à la majorité absolue, en séance publique, au scrutin secret.

Seuls les membres titulaires et les membres honoraires ont le droit de vote aux diverses élections.

Président

M. le D^r Achille DELMAS, élu vice-président l'an dernier, devient de droit *président* de la Société pour l'année 1941.

Election du vice-président

Nombre de votants	24
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

M. André BARBÉ	22 voix
M. LÉVY-VALENSI	1 —
Bulletin nul	1

M. le D^r André BARBÉ est élu *vice-président* de la Société pour 1941. Conformément à l'article 5 des Statuts, il sera de droit président en 1942.

Election du Secrétaire général

Nombre de votants	24
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. J. VIÉ	24 voix
-----------------	---------

M. le D^r Jacques VIÉ est élu *Secrétaire général* de la Société médico-psychologique pour 1941.

Election du trésorier-archiviste

Nombre de votants	24
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

M. COLLET	23 voix
Mme THUILLIER-LANDRY	1 —

M. le D^r Georges COLLET est réélu *trésorier-archiviste* de la Société médico-psychologique pour 1941.

Election de deux Secrétaires des séances

Nombre de votants	24
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

M. DUBLINEAU	24 voix
M. CARRETTE	23 —
M. Paul ABÉLY	1 —

MM. les D^{rs} Paul CARRETTE et Jean DUBLINEAU sont élus *Secrétaires des séances* de la Société médico-psychologique pour 1941.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1941

Le *Bureau* est ainsi composé :

Président : M. le D^r Achille DELMAS.

Vice-Président : M. le D^r André BARBÉ.

Secrétaire général : M. le D^r Jacques VIÉ.

Trésorier-archiviste : M. le D^r Georges COLLET.

Secrétaires des séances : MM. les D^{rs} Paul CARRETTE
et Jean DUBLINEAU.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1941, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. LAIGNEL-LAVASTINE et GUIRAUD, le *Bureau* se constituera en *Conseil d'Administration*.

Commission des Finances

La *Commission des Finances* de la Société est composée de M. le D^r PACTET et de Mme le D^r THUILLIER-LANDRY.

Prix de la Société Médico-Psychologique

Le Secrétaire général rappelle que le délai pour le dépôt des candidatures et des mémoires pour le *legs Christian* (1.000 francs), à décerner en 1941, expire le 31 décembre 1940.

SEANCE ORDINAIRE

Présidence : M. Paul GUIRAUD, président

COMMUNICATIONS

Troubles fonctionnels digestifs, hypochondrie secondaire,
par M. E. BOLTANSKI

L'association de troubles digestifs et de manifestations psychiques est bien connue. Le Professeur Laignel-Lavastine, qui nous fait le grand honneur de présenter notre communication, a distingué, avec Albert Robin, quatre éventualités : la coïncidence pure et simple, la coexistence de syndromes psychiques et digestifs dérivant d'une même cause, les troubles psychiques d'origine digestive, les troubles digestifs d'origine psychique.

Une observation nous a paru digne d'intérêt :

OBSERVATION. — Mme H., âgée de 35 ans, nous est adressée pour des troubles digestifs.

Elle ne signale dans ses antécédents, à part un certain degré de « nervosité », qu'une adénopathie cervicale suppurée qui a débuté à 18 ans et à duré deux ans et demi, et un fibrome diagnostiqué lorsqu'elle avait 30 ans et pour lequel on a discuté une intervention.

Au point de vue fonctionnel, les troubles digestifs sont d'une extrême banalité : ils consistent d'une part en troubles dyspeptiques : nausées, gonflement épigastrique post-prandial et, d'autre part, en manifestations intestinales : distension et gargouillements de la fosse iliaque droite, constipation coupée de débâcles. Ces divers symptômes procèdent par poussées souvent déclenchées par l'ingestion d'œufs, de graisses crues et semblent devoir être considérés — au moins pour une grande part — comme des accidents d'intolérance digestive.

La malade signale encore des crises douloureuses, surtout nocturnes, ayant les caractères de crises solaires et iliaques. Ces symptô-

mes subjectifs, qui durent depuis une dizaine d'années quand nous voyons la malade, l'ont amenée à consulter plusieurs gastro-entérologues — et des plus grands — sans succès durable.

Les traitements préconisés ont été dirigés, les uns contre l'intolérance digestive, d'autres en vue de favoriser le drainage des voies biliaires ou le meilleur fonctionnement du foie ; d'autres contre le déséquilibre vago-sympathique, d'ordre symptomatique, ont tenté d'apaiser l'estomac ou le côlon.

Le médecin qui nous a immédiatement précédé a parlé d'appendicite chronique.

A l'examen, on note d'une part des signes d'atonie, et d'autre part un état douloureux des plexus sympathiques abdominaux.

L'atonie gastrique est évidente : l'estomac clapote à jeun, il est abaissé même dans le décubitus dorsal et se dessine sous la paroi.

L'atonie colique est également manifeste. Le gros intestin est particulièrement distendu dans sa moitié droite.

Par ailleurs, toutes les grosses artères abdominales sont battantes et douloureuses, particulièrement les iliaques droites.

Le foie et la rate sont de volume normal. Les autres appareils ne présentent que peu d'anomalies : les poumons sont cliniquement indemnes, le cœur est éréthique, sans lésions valvulaires. La tension artérielle est à 12 1/2-7 (Vaquez).

Le toucher vaginal montre l'existence d'un fibrome sous-péritonéal, de la taille d'une petite orange, appliqué sur le bord gauche du corps utérin. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'examen radiologique confirme l'intégrité des poumons ainsi que l'atonie gastro-colique. Le bas-fond gastrique est abaissé, ainsi que le côlon transverse. La radioscopie permet d'éliminer l'appendicite chronique. En effet, la douleur provoquée ne correspond nullement à la région appendiculaire. Elle suit en réalité les gros troncs artériels et prédomine sur les artères iliaques droites. Nous avons montré avec notre élève André Goudot la fréquence avec laquelle cette iliacalgie droite est confondue avec l'appendicite chronique.

Nous complétons l'examen en faisant pratiquer une numération globulaire, qui donne des chiffres normaux. L'étude coprologique montre une exagération manifeste des fermentations (26 cc. de soude décinormalc) avec putréfactions secondaires (6 cc. d'ammoniaque).

En somme, le diagnostic clinique peut se résumer de la façon suivante, dyspepsie atonique, colopathie droite avec exagération des fermentations, manifestations d'intolérance digestive, sympathicose abdominale, le tout développé chez une femme de 35 ans porteuse de cicatrices d'écroutelles et d'un fibrome utérin.

Au point de vue psychique, rien ne paraît différencier notre malade des « fonctionnels » banaux. Elle ne s'inquiète guère de ses troubles digestifs, mais se plaint seulement de leur opiniâtreté. Elle récrimine quelque peu contre les médecins qui l'ont traitée jusque là, mais

sans tendance revendicatrice nette. Elle ajoute que son mari, sous prétexte de vouloir la distraire, la fatigue par des sortics mondaines fréquentes.

Les fonctions psychiques supérieures semblent intactes et l'opinion classique de Grasset paraît s'appliquer exactement à notre malade, à savoir que « les névropathes n'ont rien des psychopathes ».

Cet état, cependant, va se modifier peu à peu : au fur et à mesure que nous traitons les troubles digestifs — sans grand succès d'ailleurs — nous les voyons interprétés par la malade dans le sens hypocondriaque.

Quand elle vient nous voir maintenant, ce n'est plus pour nous demander un traitement nouveau des manifestations digestives, c'est parce qu'elle a été prise soudainement d'une véritable crise d'anxiété quant à la nature de son mal. C'est le plus souvent la crainte d'un cancer qui l'amène et cette cancérophobie intermittente se dissipe par le seul fait d'un examen clinique ou radiologique.

C'est alors que deux confidences vont nous être faites, l'une par le mari de notre malade, l'autre par elle-même. Elles vont malheureusement nous inciter à faire appel à une thérapeutique toute différente de celle que nous avons utilisée jusque-là.

1° Le mari vient nous voir à l'insu de sa femme pour nous dire qu'il eroit connaître la cause véritable de tous les troubles accusés par la malade. Pour lui, ce qui « empoisonne la vie de sa femme » c'est le souci profond que lui cause l'existence de cicatrices d'adénopathies qu'elle juge inesthétiques. Toute sa vie est orientée autour de cette obsession.

2° Notre malade, de son côté, nous raconte qu'à 22 ans, avant son mariage, elle a tenté de s'empoisonner « pour un autre homme ».

La pathogénie des troubles fonctionnels digestifs nous paraît dès lors s'éclaircir : la malade s'est bien portée jusqu'à l'apparition des adénites suppurées. A la suite de celles-ci et des cicatrices, jugées inesthétiques, qui leur ont succédé, la malade a été véritablement obsédée par ce qu'elle a cru être une infériorité irrémédiable. Sa tentative de suicide, qui se place à l'âge de 22 ans, nous paraît très vraisemblablement en rapport avec cette obsession.

Les troubles fonctionnels digestifs, dans cette hypothèse, sont la conséquence de la douleur morale éprouvée par cette malade et traduisent le déséquilibre neuro-végétatif et endocrinien qu'elle a provoqué.

C'est alors que, passant malheureusement à l'action thérapeutique, j'ai l'idée — logique — mais malencontreuse, de faire traiter les cicatrices par l'ionothérapie. J'adresse la malade à un électro-thérapeute à qui j'explique l'importance de la cure que je lui confie.

Par malchance, le confrère tombe malade en cours de traitement sans que j'en sois informé et la cure est poursuivie par une infirmière inexpérimentée. Il en résulte une réaction très vive de la région électrisée et même une véritable brûlure.

La malade vient me la montrer et déclare qu'elle renonce au traitement électrique. Elle décide de consulter un chirurgien spécialiste de « chirurgie esthétique », mais son mari s'y oppose.

A partir de ce moment, les préoccupations hypocondriaques disparaissent, les troubles fonctionnels digestifs redeviennent ce qu'ils étaient auparavant. Par contre la malade devient irritable et maigrit.

L'été arrivant, je la décide à faire une cure hydro-minérale. Les occupations de son mari l'empêchent de l'accompagner. Elle loge dans une pension de famille. La première décade de la cure se passe normalement, la malade se déclare améliorée.

Mais des incidents surviennent entre elle et le patron de la pension. Elle se plaint de la nourriture, de la chambre, du service. Les esprits se montent. Elle fait finalement du scandale et le mari accourt en toute hâte.

Le ménage loue un logement en ville pour la fin du traitement. Mais l'agitation persiste, s'accompagne d'insomnie, et finalement le médecin traitant conseille au mari de notre malade de l'emmener consulter le psychiatre d'une ville voisine.

Cette décision provoque une crise de désespoir, mais la malade accepte cependant la consultation.

Le spécialiste conseille la continuation de la cure, écarte toute idée d'internement, mais prescrit l'administration régulière de barbituriques en commençant par une dose forte qu'on diminuera peu à peu.

Le ménage retourne dans la ville d'eau. Le soir, la malade prend la dose de barbiturique prescrite et elle dort effectivement la nuit suivante.

Le lendemain matin, alors qu'elle est en train de préparer le repas de midi, elle profite d'une courte absence de son mari pour se jeter par la fenêtre. Elle meurt sur le coup.

Telle est l'observation que nous avons cru devoir présenter à la Société. Un certain nombre de points nous paraissent à souligner.

1° Premier point : Compte tenu d'une certaine prédisposition névropathique, il apparaît comme vraisemblable que les troubles fonctionnels digestifs ont été la conséquence des préoccupations d'ordre esthétique qui ont amené la malade à faire, à 22 ans, une première tentative de suicide.

La douleur morale a sans doute retenti sur le fonctionnement digestif par l'intermédiaire du système neuro-végétatif et des endocrines.

2° Dans un deuxième temps, et ce fait nous paraît particulièrement à retenir, les troubles digestifs ont été *utilisés* par la malade

d'une façon quasi-inconsciente, pour constituer un état hypocondriaque.

Tout s'est passé, en somme, comme si la première obsession, étant impossible à supporter, la seconde s'est constituée pour la masquer. Il s'est agi d'une hypocondrie de défense, d'une obsession-refuge.

3° Il découle, de ce fait, que notre thérapeutique, toute logique qu'elle ait pu nous paraître, a été mise en œuvre trop tard, à contre-temps.

Son échec fortuit a eu pour effet de ranimer les préoccupations initiales et de pousser la malade au désespoir.

Dans le déterminisme immédiat du suicide, qui s'est produit semble-t-il sous l'effet d'une véritable impulsion, peut-être faut-il faire jouer un rôle au choc émotif, à un certain degré d'intoxication par les barbituriques. Enfin, on peut noter en passant qu'il a eu lieu cinq jours avant un orage d'une exceptionnelle intensité.

4° Une fois admise l'influence des préoccupations morales sur l'équilibre physique, on peut se demander si celui-ci n'a pas agi à son tour sur le psychisme.

A ce point de vue on peut retenir sans doute :

a) l'existence d'une colite droite. Le Professeur Loeper et ses collaborateurs, Baruk et bien d'autres auteurs, ont montré que la résorption de corps voisins de l'histamine a une influence incontestable sur la physiologie cérébrale ;

b) la maladie d'intolérances qui réalisait chez notre patiente un état d'intolérance digestive a pu également intervenir ;

c) par contre, aucun signe ne nous permet de faire rétrospectivement le diagnostic d'avitaminose nicotinique que le P^r Villaret, avec MM. Justin-Bezançon, Inbona et Courchet, a montré avoir une si grande importance dans la genèse des syndromes psycho-digestifs.

5° Deux derniers points méritent enfin d'être discutés : l'influence éventuelle du fibrome utérin, le rôle de la tuberculose :

a) le fibrome traduisait sans doute un état d'hyperfolliculinie. Nous ne l'avons pas recherché à l'époque déjà éloignée où nous avons suivi notre pauvre malade, mais un article récent d'Hamburger dans la *Presse Médicale* nous a appris l'action de l'hyperfolliculinie dans la constitution de certains états psychopathiques, particulièrement en cas de maladie d'intolérances ;

b) la tuberculose ganglionnaire semble n'avoir eu qu'un rôle psychologique par les cicatrices qu'elle a laissées.

Les troubles psychiques ne nous paraissent pas pouvoir être rattachés à la démente précoce, considérée par certains auteurs comme favorisée par la tuberculose.

Au point de vue digestif, nous n'avons trouvé aucun signe de ces périviscérités tuberculeuses que nous avons étudiées jadis avec notre maître Carnot.

D'autre part, contrairement à l'avis de Taddei, de Fantozzi, nous ne pensons pas que l'antécédent tuberculeux puisse être rendu responsable de la sympathicose abdominale.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées cette observation. Je garde le regret d'avoir tenté de faire œuvre de psychothérapeute. J'eus sans doute mieux fait de respecter la nature médicale et l'hypochondrie de défense qu'elle édifiait, et de rester dans mon rôle de gastro-entérologue.

Ce cas particulier me paraît à retenir au point de vue des problèmes que pose la pathologie fonctionnelle dont l'importance va croissant dans tous les chapitres de la médecine.

Pour Grasset, et depuis pour la plupart des auteurs, les « fonctionnels » ne sont pas des psychopathes, mais des névropathes.

Cette distinction paraît bien subtile.

A plusieurs reprises, j'avais pensé adresser ma malade à un psychiatre, mais elle était si raisonnable, si consciente de son état, et si émotive aussi, que je craignais pour elle un choc émotif et ses conséquences. Je regrette maintenant de ne pas l'avoir fait.

N'y aurait-il pas intérêt à ce que tous les malades fonctionnels soient examinés en même temps au point de vue physique et au point de vue psychique ? — sans que la psychanalyse, que je ne me permettrai pas de juger, mais qui me paraît, *à priori*, dangereuse, soit obligatoirement utilisée — (ne l'ai-je pas employée sans le savoir ?).

Ne penserez-vous pas avec moi que la médecine de l'esprit et celle du corps doivent rester distinctes, parce qu'elles ont deux disciplines différentes et des méthodes sémiologiques et thérapeutiques particulières ?

Mais ne penserez-vous pas aussi qu'il est désirable qu'une collaboration étroite s'établisse entre psychiatres et médecins (ce dernier terme pris dans son sens restrictif) ?

L'adjonction d'un assistant psychiatrique aux consultations de gastro-entérologie paraît d'autant plus souhaitable que la spécialité digestive amène à traiter un pourcentage très important de « fonctionnels ».

Cette collaboration médico-psychiatrique permettra un traitement plus minutieux et plus nuancé de ces délicates intrications de troubles psychiques et physiques, en même temps qu'elle permettra sans doute de pénétrer plus avant dans la connaissance de l'Homme.

M. H. CLAUDE. — Les opinions exprimées par M. Boltanski recueilleront l'adhésion générale. La recherche des rapports entre troubles psychopathiques et troubles digestifs et hépatiques remonte très loin. La bibliographie des travaux consacrés à ces questions est considérable. Nous ne les avons pas négligés pour notre part. Les études actuellement en cours sur les polypeptides sont une contribution nouvelle à ces recherches. L'utilité de la collaboration du gastro-entérologue et du psychiatre est en tout cas à diffuser. Elle préviendra bien des erreurs thérapeutiques et parfois des tentations de suicide.

M. NOËL PÉRON. — Bien des malades atteints d'affections gastro-entéritiques ou hépatiques auraient besoin de l'opinion du psychiatre avant la décision de l'acte chirurgical.

M. BRISSOT. — Ce sont précisément ces malades de gastro-entérologie dirigés sur des services de chirurgie qui verraient avec profit le psychiatre, faute de quoi ils finissent parfois par une tentative de suicide.

La notion de fond mental, par M. E. MINKOWSKI

Cette communication procède d'un projet, celui d'écrire un *Traité de Psychopathologie*. Mais les projets ne se réalisent pas toujours. Aussi avons-nous cédé au désir d'extraire de ce projet, à peine ébauché, quelques fragments.

A un *Traité de Psychopathologie* préside la conviction qu'il s'agit là d'une discipline autonome. Et comme nous sommes les seuls, nous médecins psychiatres, à nous trouver en contact permanent avec les faits psychopathiques, c'est à nous qu'incombe la tâche de cultiver cette science, sans délaisser en rien pour cela notre activité ni notre orientation médicales.

Un fait paraît acquis, à savoir que, quelles que soient nos connaissances relatives au substratum organique des troubles mentaux, ceux-ci débordent largement ce substratum, s'enchevêtrent,

s'enchaînent, se conditionnent d'après des modalités qui leur sont propres. Il y a loin des modifications anatomo-pathologiques à une idée délirante de grandeur. Par contre, l'idée de grandeur vient s'insérer dans un ensemble de faits du même ordre qui demandent à être examinés sous le même angle qu'elle. Du reste, un coup d'œil sur n'importe quel certificat d'internement permet de constater qu'il est rédigé presque exclusivement en termes psychologiques ; c'est que ces termes se prêtent le mieux à la description des faits en présence desquels on se trouve. Mais à partir de ce moment, les fondements de la psychopathologie se trouvent posés et dès lors nulle constatation ultérieure ne saurait arrêter sa marche.

Ainsi la psychopathologie n'est nullement suspendue, comme à une clé de voûte, à la controverse de l'organo- ou de la psychogénèse. Celle-là la supprime aussi peu que celle-ci la fonde. D'autres problèmes, d'autres relations s'offrent à ses yeux et d'emblée elle élargit le débat.

Au sujet de l'autonomie de la psychopathologie quelques précisions sont nécessaires. La médecine mentale place, à juste titre évidemment, les faits étudiés sous le signe de la maladie, ou du moins de l'anomalie, et le côté scientifique et le côté pragmatique s'entrepénètrent en elle d'une façon on ne peut plus intime et en même temps on ne peut plus légitime. La psychopathologie envisage les mêmes faits sous un angle différent. Elle s'arrête au fait psychopathique comme tel ; ces faits, elle veut les saisir sur le vif, en déterminer les caractères, les classer, voir comment ils se rattachent à la personnalité vivante du sujet. Pour elle ainsi la notion de maladie ou d'anomalie passe au second plan. Elle envisage les diverses manifestations, les diverses variétés de vie mentale en présence desquelles elle se trouve, non pas tant sous l'angle « être malade » que sous celui « être autrement, être différemment ». Elle ne cherche non plus aucune application pratique immédiate, confiante seulement en ce que toute acquisition nouvelle dans le domaine de notre savoir et surtout de notre compréhension des hommes et de la vie est appelée à rendre tôt ou tard service à l'humanité.

Pour cette raison elle observe également une réserve prudente à l'égard des notions et des conceptions issues directement de préoccupations psychothérapiques. Elle ne mésestime nullement la portée de ces conceptions, mais pense que le critère de l'efficacité ne saurait être une preuve qu'elles épuisent la richesse des faits psychopathiques.

Pour ce qui est de la psychologie enfin, s'il fut un temps où la psychopathologie consistait à étudier les anomalies des fonctions mises en relief par la psychologie (par exemple Ribot et son école), nous voyons que la psychopathologie moderne, ayant pour objet les diverses formes de vie mentale, crée sa propre psychologie.

La psychopathologie doit son existence aux psychiatres. Elle aura donc pour première tâche d'extraire de la psychiatrie clinique tout ce que celle-ci a su accumuler en données psychopathologiques quitte à projeter ensuite sur ces données la lumière qui lui est propre.

Ici un premier tri est à faire. A côté de notions qui procèdent d'une fonction psychologique isolée, comme par exemple l'hallucination qui se trouve rattachée à la perception, l'idée délirante considérée à tort ou à raison comme trouble du jugement ou encore l'indifférence en tant qu'absence de réactions affectives, nous trouvons des notions à caractère plus global, telles l'obnubilation de la conscience, la confusion mentale, la démence ou encore, comme acquisition primordiale de la psychopathologie contemporaine, l'autisme. Chacune de ces notions comporte, il est vrai, un trait saillant qui, dans l'examen clinique, intervient en premier lieu ; il n'empêche que chacune d'elles vise une modification particulière qui retentit sur toutes les fonctions et semble même contenir toujours, en dehors de ces retentissements, comme un « reste » vivant et spécifique, intraduisible dans le langage de la psychologie courante.

Suivrait ensuite l'étude des mécanismes psychologiques simples admis couramment par la clinique. Nous les retrouvons avant tout dans la classification des délires, d'après des mécanismes de cet ordre, en délires d'interprétation, d'imagination, d'intuition, de rêverie, délires oniriques, hallucinatoires, ou encore dans des notions telles que le syndrome de jeu. Puis viendraient des mécanismes et des relations de plus en plus complexes. Mais nous ne pouvons pas nous étendre davantage sur ce sujet.

Par contre, nous voudrions, à titre d'illustration, examiner de plus près la notion de fond mental.

Nous commençons par quelques brèves considérations cliniques. Le plus souvent la notion de fond mental se trouve associée à celle de débilité mentale. Nous parlons de troubles mentaux évoluant sur un fond de débilité mentale. On adresse parfois à la débilité le reproche de ne rien expliquer du tout. Cela est inexact, à condition de ne pas nous borner à mesurer le niveau mental, mais à le considérer comme forme particulière de vie mentale se

traduisant par l'ensemble des réactions et la façon d'être du sujet. Nous rappelons à ce propos l'étude de De Greeff.

En présence d'un délire spirite, il nous arrive de nous demander s'il s'agit d'un délire réel avec conviction délirante irréductible ou d'une manifestation plus superficielle, plus verbale que délirante, telle que nous la voyons justement chez les débiles. Diagnostic, pronostic, décisions sociales, démarches psychothérapiques dépendront de la réponse donnée à cette question.

Une question du même ordre se pose, bien qu'il ne s'agisse pas toujours de débilité mentale, lorsque nous nous efforçons, dans les cas de délire à deux, de différencier, d'après les personnalités des deux partenaires, le délire induit d'avec l'inducteur.

Nous comprenons également fort bien que les débiles, dans certaines circonstances de la vie, liées à leur indigence même, réagissent parfois par une bouffée délirante à thème de persécution, ce délire réactionnel étant tout différent, du point de vue clinique, d'un délire de persécution constitué.

Rappelons enfin les cas de schizophrénie évoluant sur un fond de débilité mentale, celle-ci, avec l'affectivité qui lui est propre, pouvant améliorer le pronostic de processus schizophrénique.

Mais le fond mental ne se limite pas à la débilité. Ainsi, pour ne citer que deux exemples, Jaspers parle de manifestations maniaques ou dépressives venant « immerger dans une atmosphère schizophrénique », et Lagache, à propos d'un cas relaté par Baruk, écrit : « les obsessions, les phobies, les scrupules pénètrent facilement dans le psychisme et l'envahissent sans déterminer de résistance ni de lutte anxieuse ; de même la libération de l'automatisme verbal. Tous ces phénomènes, en un mot, surviennent sur un fond d'indifférence, qui est le fait d'une démence précoce ».

A ce propos il convient de souligner le rôle que nous faisons jouer au fond mental : débilité mentale, schizophrénie, dépression mélancolique dans l'appréciation des phobies, des obsessions et en général des troubles de la série psychasthénique.

Tant pour la clinique. La psychopathologie, elle, en s'écartant des cas particuliers, posera comme question primordiale : Que voulons-nous dire en parlant de fond mental, quelle est la relation essentielle ayant trait à la structure même de la vie mentale, que nous cherchons à atteindre de cette manière ?

Un certain flottement se traduit déjà dans l'orthographe. Faut-il écrire fond avec ou sans s ? Nous penchons vers la seconde manière d'écrire ; le fond mental évoque bien plus l'image d'une toile de fond que celle d'un fonds de commerce.

Une différenciation pourtant est encore à faire. L'image d'une toile de fond nous paraît plus appropriée que celle d'un fond d'un puits. Le fond d'un puits relève directement de la dimension de profondeur et implique l'idée de la possibilité d'un mouvement allant de la profondeur vers la surface. Certains faits de notre vie mentale ressortissent à cette même dimension vitale de profondeur : nous parlons de sentiments profonds, de pensées profondes, de notre for intérieur, et lorsque je dis : « du fond du cœur je vous suis reconnaissant, je sens réellement un élan de gratitude monter du fond de mon moi vers ceux auxquels s'adresse cette gratitude. Lorsque nous parlons de fond mental nous avons en vue un autre état de choses. Le fond n'implique aucune investigation en profondeur ; il se trouve tout autant « à la portée de la main » que les traits isolés qui sur lui se détachent.

Il nous paraît maintenant même préférable de remplacer l'image d'une « toile de fond » par celle du « fond d'une toile ».

Le fond d'une toile est un phénomène *sui generis*. Différent de la perspective qui peut être réalisée dans un tableau, il n'a point trait à la profondeur. Ce qui le caractérise ce n'est point ce qui se passe *au* fond ou *dans* le fond, ni ce qui vient *du* fond, mais ce qui se dessine, se profile, se détache, ressort *sur* un fond. Dès lors, il a pour propriété fondamentale celle de *déteindre* sur ce qui sur lui se profile ; les détails s'imprègnent du fond pour former avec lui un tout harmonieux. Il s'apparente ainsi bien davantage à l'atmosphère, douce, tiède ou glaciale qu'à la profondeur obscure et mystérieuse.

Mais les caractères que nous venons d'exposer ne se bornent pas à la peinture. Nous les retrouvons également dans la nature. L'atmosphère limpide d'une journée ensoleillée vient inonder de sa clarté hommes, arbres, maisons, rues. Sur le fond d'un ciel gris viennent se profiler quelques mornes mesures, quelques pauvres arbustes.

Et dans notre vie nous faisons également appel au fond. Ainsi nous parlons d'un « fond de tristesse qui se dégage de toute sa personne ». Tous les faits psychiques ne réalisent du reste pas les conditions nécessaires pour former un fond. Le désespoir qui peut mener à des actes de désespoir relève davantage de la profondeur, la tristesse, elle, ressortit plus à l'atmosphère, au fond. Le désespoir envahit la personnalité, la tristesse, à l'instar d'un souffle, la pénètre, ou s'en dégage.

Dans ce qui a été dit plus haut, du point de vue clinique, sur le fond mental, nous retrouvons sans peine les traits de ce qu'ici,

à propos du fond en général, nous avons essayé de mettre en relief.

Le fond constitue ainsi une catégorie vitale particulière avec des caractères et des relations qui lui sont propres. Elle se retrouve dans divers domaines de la vie, en psychologie et en psychopathologie également entre autres.

Cela dit, la question se pose de savoir comment nous arrivons à apprécier le fond mental d'un individu. Il s'agit d'une notion globale. A l'énumération analytique des symptômes nous substituerons donc un acte synthétique ayant pour objet l'ensemble, vu justement sous l'angle du fond. Cet acte n'atteint point encore la tension de celui à l'aide duquel nous cherchons à scruter la profondeur, à déceler ce qu'il y a de plus secret dans l'âme humaine. Mais, comme lui, il relève davantage de l'intuition que de la pensée discursive. Il a trait à ce « reste » toujours aussi vivant et aussi riche qui file à travers les mailles d'une simple énumération. Et cultiver cette intuition doit faire partie de la formation du psychiatre contemporain.

M. Achile DELMAS. — Le fond mental m'apparaît comme le terrain sur lequel évoluent les troubles les plus apparents. Il y a le fond démentiel, le fond mélancolique. Il y en a au moins cinq dont nous tenons compte au cours d'un examen. Je désirais surtout demander à M. Minkowski s'il lie le fond d'autisme au fond schizophrénique et jusqu'à quel point, et s'il le rapproche du fond de dépression ou du fond d'indifférence ?

M. GUIRAUD. — Il y a d'abord pour cette question un conflit de l's. J'écris fonds, car je conçois par là la valeur foncière de l'activité, de l'affectivité, etc... Je considère, à côté du délire, la valeur des grandes fonctions psychiques et je recherche le fonds sur lequel il évolue, c'est-à-dire le terrain. C'est sur ce terrain, sur ce fonds, que germeront des récoltes variables.

Mais si on veut s'exprimer comme le fait M. Minkowski, parler de toile de fond, de nuance, d'impression on peut alors écrire fond.

Je voulais ensuite profiter de cette communication pour défendre la place, l'importance des recherches médicales en psychiatrie. La psychopathologie tend à l'englober tout entière et à tort évidemment. Autrefois, Pinel, Esquirol, Morel, classaient les malades d'après les symptômes psychopathiques, mais un jour Bayle a décrit des cas de méningite chronique bien embarrassants

pour les nosographes. Ces syndromes décrits s'intégraient dans plusieurs cadres et pourtant la maladie étudiée était une vraie maladie, c'était même la seule que la psychiatrie reconnût.

La tendance psychopathologique en a retardé la synthèse pendant des années.

M. MINKOWSKI. — Je répondrai à M. Delmas que le fond d'autisme ne diffère pas du fond schizophrénique. Il montre chez certains individus des idées obsédantes évoluant sans lutte, sans anxiété — donc sans fond de dépression — vers un rationalisme très différent de la mélancolie.

Pour M. Guiraud le « fonds » est une synthèse d'éléments précis représentant l'altération de fonctions saines, nettement définies.

La psychopathologie exclusive s'attarde à l'étude de troubles qui s'apparentent plus à la métaphysique qu'à la médecine. Elle en est encore à ses débuts. Elle peut absorber l'attention de chercheurs isolés et progresser sans nuire à la psychiatrie.

La séance est levée à 17 heures 10.

Le Secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

L'année psychologique, *Trente-neuvième année (1938)*, publié par Henri Piéron, Professeur au Collège de France et à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, Directeur du Laboratoire de psychologie à la Sorbonne, Co-directeur de l'Institut national d'orientation professionnelle (2 vol., 1006 pages, Alcan édit., Paris 1940).

La 39^e année de cette si utile publication, fondée en 1894 par Henry Beaunis et Alfred Binet, apporte comme les précédentes des mémoires originaux, des notes et revues, 1.679 analyses bibliographiques et une chronique dans laquelle M. Henri Piéron rappelle les divers événements importants concernant la psychologie survenus depuis le précédent volume paru. En terminant, il exprime à juste titre le regret que la « mode des tests » entraîne, outre des reportages plus ou moins maladroits sur la psychotechnique, l'utilisation par des journaux, et surtout par des hebdomadaires, d'épreuves empruntées de côté et d'autre, vulgarisation dont le seul résultat est de les faire employer incorrectement.

Parmi les mémoires originaux, il faut citer en premier lieu le beau travail du Dr Wilder Penfield (de Montréal) sur *l'écorce cérébrale et la conscience*, mémoire qui reproduit le texte d'une conférence faite par l'auteur à l'Académie de Médecine de New-York le 15 octobre 1936. Lorsqu'est exposé à sa vue le cerveau d'un malade non endormi, le neuro-chirurgien se trouve assurément dans des conditions exceptionnelles pour faire des études psychologiques. Rapportant d'intéressantes expériences de stimulation de l'écorce cérébrale chez des opérés conscients, et en particulier de stimulation de la vocalisation, M. W. Penfield montre que lors de réactions motrices grossières produites par stimulation de zones corticales motrices pyramidales et parapyramidales, le sujet est entièrement conscient de ne pas les avoir provoquées lui-même. L'opéré dit, par exemple, que c'était involontaire et que la main a remué toute seule. Si l'on excite un point du cortex sensitif, le malade

éprouve une sensation nette dans la main, mais il ne lui vient jamais à l'esprit que ce n'est qu'une imagination. Pour autant qu'il est capable d'introspection, l'opéré conclut que l'activité de son écorce cérébrale stimuable est sur un plan entièrement distinct de celui de la pensée consciente.

M. W. Penfield étudie ensuite certains aspects de l'épilepsie, les *troubles épileptiques de la conscience* : « états de rêve » et « automatisme ». Cette étude de l'épilepsie suggère l'existence d'une région où convergent les activités nerveuses qui sont le substratum indispensable de la conscience. Là, les éléments servent à la fois à la sensation et à l'initiation du mouvement. Hughlings Jackson suggérait l'idée que, dans la région préfrontale, devait se trouver le plus haut degré de projection. Or, les faits opératoires et expérimentaux conduisent à supposer que les lobes frontaux, en avant des régions motrices reconnues, sont utilisés dans les processus conscients, mais aussi qu'ils ne sont pas indispensables à l'existence de la conscience. On peut concevoir que ces lobes représentent un champ d'élaboration pour une concentration plus essentielle des faisceaux nerveux, qui sont situés plus en arrière du cerveau et plus au centre. Cette étude appuie donc la conception d'Hughlings Jackson, pour qui le cortex cérébral sensori-moteur représente seulement un niveau moyen d'intégration. Il semble raisonnable d'admettre qu'il existe une région discontinue du cerveau, dont l'intégrité est essentielle à l'existence de l'activité consciente. M. W. Penfield suggère l'hypothèse d'un niveau d'intégration, situé au-dessous du cortex et au-dessus du cerveau moyen, niveau d'intégration supérieur à celui qu'on trouve dans le cortex et impliquant une localisation régionale du mécanisme neuronal. Là serait la localisation du « lieu de l'entendement », c'est-à-dire la place de ces circuits neuronaux, très intimement associés au point de départ de l'activité volontaire et à la sommation sensorielle, qui en est la condition préalable indispensable.

M. Marcel François, consacre aux *enfants iradaptés* un important mémoire, basé sur l'observation pendant cinq ans de 400 enfants, déficients et difficiles. Il décrit quelques types caractéristiques, concluant que l'inadaptation de l'enfant dépend d'un complexe causal, où entrent à la fois sa constitution, et son milieu (milieu inférieur au point de vue moral, milieu déséquilibré troublant le développement normal de l'enfant, milieu satisfaisant au point de vue moral mais instaurant chez l'enfant un conflit de désadaptation par insuffisance pédagogique, milieu familial faussant ou déviant le développement naturel de l'enfant, absence de milieu éducatif). D'où trois grands groupes, selon que la part du milieu a eu une influence prépondérante, selon que le rôle principal dans la situation créée est dû à la constitution propre du sujet (constitutions pathologiques, constitutions où dominent les tendances asociales instructives, déficients de l'activité fonctionnelle, instables), selon enfin que l'association de ces deux facteurs est telle qu'il soit impossible de déterminer si l'un d'eux a pu peser plus lourdement que l'autre sur l'éclosion des troubles présentés par l'enfant. Effort de classification qui montre la complexité du problème, et dont le but est de préciser les causes de l'inadaptation et leurs rapports entre elles pour pouvoir esquisser les méthodes éducatives permettant la réadaptation progressive d'un certain nombre de ces enfants.

MM. H. Piéron et Legal apportent les résultats de leurs délicates et patientes recherches sur la *sensibilité tactile digitale par stimulation électrique du*

nerf cutané. En conclusion de cet ensemble de faits, ils formulent l'hypothèse suivante : si l'itération n'est pas nécessaire dans l'apport des influx afférents le long des voies périphériques, elle le devient pour assurer, dans les esthésioneurones corticaux, un niveau de l'état d'excitation permettant la réponse sensorielle, de type répétitif ; elle est réalisée par intervention, à côté d'une voie directe d'accès de l'influx afférent, de multiples voies polysynaptiques dans les couches inférieures du cortex récepteur.

M. A.-M. Pollet expose les conditions, les résultats et les conclusions d'un *examen critique de l'échelle d'exécution de Pintner et Paterson*, entrepris pour déterminer la valeur de cette échelle appliquée à 303 enfants belges d'expression française en la comparant à l'échelle *Rinet-Terman*. Il conclut que ces deux échelles, toutes deux bien étalonnées pour les sujets examinés, mesurent l'une et l'autre correctement le développement mental général d'un ensemble de sujets. Leur emploi simultané pour le diagnostic de la *débilité mentale* est justifié. L'utilisation de l'échelle de Pintner et Paterson, réduite à 10 tests au lieu de 15, donne des résultats concordants, ce qui justifie son emploi. La méthode de calcul simplifiée, où l'on supprime la notation des erreurs et des mouvements, donne des résultats qui ne diffèrent guère de ceux de la méthode originale.

Il faut citer encore un travail dans lequel M. A. Chweitzer donne les résultats de ses *recherches sur l'excitation électrique de l'œil humain et la localisation des phosphènes électriques produits par des courants de faible intensité*, l'article de M. Zoran Bujas sur *l'évolution de la sensation du froid en fonction de la durée d'excitation*, un mémoire de M. E. Geblewicz sur la *sommation spatiale des excitations thermiques*.

Dans une contribution à la *différenciation des processus rétinien et corticaux dans la vision binoculaire*, MM. Camille Nony et Henri Piéron montrent toute la complexité des processus visuels, avec interrelations à des niveaux très différents, les uns précédant et les autres suivant la projection dans les récepteurs corticaux.

Dans la partie réservée aux « Notes et Revues », on trouvera une *Revue critique des seuils différentiels « successifs »* et la *présentation d'un appareil à plage unique* par MM. G. Durup et A. Fessard, l'exposé de *dispositifs techniques de laboratoire*, proposés par M. A. Fauville et une note dans laquelle Mlle Franziska Baumgarten et M. Maurice Tramer proposent, pour l'évaluation du rendement d'un test, de déterminer le pourcentage des erreurs commises vis-à-vis du total des erreurs possibles et d'adopter un *quotient de rendement* qui s'exprimerait par le rapport entre le nombre de points attribuable au rendement maximum et le nombre de points afférent au rendement effectif. Ce quotient de rendement, établi sur la base de calculs de pourcentages, assure une simplification de l'évaluation du test et une plus grande exactitude du procédé d'évaluation.

Un bref compte rendu ne saurait suffire à exprimer le riche contenu de ces deux volumes, si précieusement, tant par les articles originaux qu'ils contiennent, que par leur richesse bibliographique. Ils sont indispensables à tous ceux qu'intéressent les progrès de la psycho-physiologie normale et pathologique, de la psychologie appliquée et de la psychotechnique.

René CHARPENTIER.

L'enfant et l'adolescent instables. Etudes cliniques et psychologiques, par Jadwiga ABRAMSON. Préface du Dr Georges HEUYER. (1 vol. in-8°, 390 pages, in *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, Alcan édit., Paris 1940).

Collaboratrice depuis 14 ans, à la Clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile, du Dr Heuyer qui a écrit la préface de cet ouvrage, Mlle J. Abramson apporte ici le résultat de patientes recherches portant sur environ 1.200 cas, triés parmi plusieurs milliers. Au cours d'une première partie, consacrée à l'histoire de cette importante question, historique divisée en quatre étapes (instabilité et déficience intellectuelle, instabilité et délinquance, instabilité psychomotrice, instabilité et sensibilité affective), l'auteur conclut que l'étude de la mentalité instable est avant tout une étude de l'équilibre, des rapports et des corrélations entre les tendances et les aptitudes intellectuelles, affectives et motrices : ce sont ces dernières qui déterminent les attitudes et les réactions de la personnalité humaine.

Dans la deuxième partie, à l'aide de 92 observations résumées, choisies comme particulièrement représentatives, l'auteur étudie successivement en trois groupes : l'instabilité primaire et essentielle ; l'instabilité secondaire issue de troubles plus ou moins graves du caractère ou de perversions ; l'instabilité symptomatique de troubles somatiques, déclenchée à la suite d'autres facteurs pathogènes, nerveux, physiologiques ou anatomiques.

L'étude du développement intellectuel, moteur et affectif des instables est l'objet de la troisième partie. La discontinuité entre le développement des aptitudes d'enregistrement et d'acquisition et celui des fonctions intellectuelles complexes (élaboration et synthèse) est bien plus accusée chez l'enfant instable que chez l'enfant normal d'un âge correspondant ou chez le simple débile. C'est cette discontinuité dans l'évolution qui aboutit à la dysharmonie si caractéristique des aptitudes intellectuelles.

L'instable d'âge scolaire et post-scolaire se rapproche davantage de l'enfant d'âge pré-scolaire par la puérilité de ses intérêts, qui se cantonnent dans le monde des jouissances immédiates et passagères. Or, les intérêts sont en rapport étroit avec l'affectivité et l'activité, et la dysharmonie, est encore plus marquée, entre les tendances affectives d'une part, entre les tendances affectives et les réalisations d'autre part. C'est cette dysharmonie qui empêche l'enfant et l'adolescent instables de s'adapter de façon durable à la vie sociale.

Dans une quatrième partie, envisageant la naissance de l'évolution de l'instabilité, Mlle J. Abramson étudie le rôle de l'hérédité, passe en revue les signes de dégénérescence et de fragilité, montre la fragilité plus grande des instables aux maladies d'enfants, leur mauvaise adaptabilité à la vie scolaire ordinaire, à la vie professionnelle, à la vie sociale, et ébauche l'étude des conditions si importantes du milieu ethnographique, familial et social. Grâce à des mesures de prophylaxie et d'hygiène mentales, surtout d'éducation, pourraient être entravés l'éclosion et le développement de certaines tendances innées, nuisibles ou simplement inutiles, aboutissant à la dysharmonie et à l'instabilité. L'auteur se propose d'ailleurs de continuer la patiente analyse des éléments de cet important problème théorique et pratique.

Dans la préface qu'il a écrite pour ce livre, le Dr Heuyer le cite comme un « modèle d'étude psychologique de l'enfant normal et anormal ».

Il intéressera tous ceux, médecins, pédagogues, psychologues, qui s'attachent à l'étude de l'enfant et se préoccupent des conditions de sa formation.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Contribution à l'étude de l'épilepsie expérimentale, par le Dr Julio ASUAD, interne des hôpitaux psychiatriques, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. (1 broch. in-8°, 118 pages, Foulon, édit. Thèse Paris 1940).

Travail expérimental des plus intéressants qui a demandé à l'auteur trois années d'études sur les animaux soumis à des crises convulsives par des procédés différents, insuline, cardiazol, coramine, cycliton, courants électriques alternatifs. Cette thèse est exclusivement consacrée aux effets convulsivants du cardiazol.

L'injection intra-veineuse d'une dose suffisante de cardiazol détermine chez l'homme, après quelques secondes de latence, des myoclonies palpébrales et faciales souvent annoncées par une petite quinte de toux et des éléments variés constituant une sorte d'aura, puis dans le coma une phase tonique avec cri initial, myosis, torsion lente de la tête, déviation des globes oculaires, rigidité décérébrée, congestion de la face et du cou, enfin une phase clonique avec cyanose de la face, mydriase, sialorrhée, transpiration, stertor, et court sommeil terminal. Le tableau de la crise expérimentale chez l'animal (lapin, chien, chat) est identique à celui présenté par l'homme. D'autre part, les symptômes observés au cours de la crise cardiazolique chez l'homme sont identiques de nature à ceux de la crise comitiale spontanée.

M. Asuad a étudié tout particulièrement la tension artérielle, la tension veineuse et celle du liquide céphalo-rachidien chez l'homme et l'animal ainsi que, chez les animaux, le métabolisme du glucose et de l'eau et la circulation cérébrale superficielle au cours de la crise convulsive. Il a vu que la section du sympathique et du vague cervicaux n'altère en rien la production ni la composition des crises convulsives.

Dans une deuxième partie il étudie les crises convulsives provoquées avec le cardiazol chez les animaux décérébrés, mésencéphalliques, protubérantiels, bulbaires et spinaux. La crise apparaît dans toute son intégrité chez les décérébrés à mésencéphale intact, mais elle abandonne peu à peu ses éléments composants à mesure que les étages supérieurs sont lésés jusqu'à disparaître entièrement avec les sections bulbaires.

Cette thèse d'Asuad fait le plus grand honneur à notre école française.

R. DUPOUX.

THÉRAPEUTIQUE

Essai sur le traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine, par Edmond BARNOLA (1 brochure in-8°, 96 pages, Imprimerie de Trévoux édit., Thèse, Lyon, 1939).

De ce travail, basé sur 9 observations prises dans le service du Dr Christy à l'Hôpital psychiatrique du Vinatier, M. Edmond Barnola conclut que les

résultats du traitement proposé par Hühnerfeld, en 1929, et que fit connaître en France, en 1933, M. Vinchon, sont nettement encourageants dans la mélancolie « essentielle ».

A la suite des injections d'hématoporphyrine, il a observé l'amélioration précoce de l'état général, la disparition progressive de l'asthénie, des troubles cénesthésiques, des troubles psycho-sensoriels, des délires en relation avec le déséquilibre neuro-végétatif, tandis que s'atténuait la douleur morale et que disparaissaient les tendances au suicide. Mais l'influence du médicament sur la grande anxiété lui a paru moindre, laissant toujours à redouter le suicide brusque à l'occasion d'un raptus anxieux. Il est d'avis, dans ces cas, d'associer l'opium à l'hématoporphyrine.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Les algies des états cyclothymiques. A propos d'une algie brachiale,
par ANDRÉ-THOMAS (*La Presse médicale*, 13-16 novembre 1940).

A propos d'une observation d'algie brachiale consécutive à des soins dentaires, M. André-Thomas met en évidence, chez une malade de 30 ans, un état cyclothymique d'hyperactivité habituelle ayant déjà été antérieurement interrompu, quelques années auparavant, par un accès de dépression. Mal localisée, diffuse, indéniable, l'algie ne présente aucun des caractères des névrites, des rhizo- ou des myélopathies.

Les états cyclothymiques ne sont pas caractérisés seulement par des alternatives de l'humeur et du caractère. Des modifications dans le fonctionnement des organes, des troubles sensitifs, l'exagération des cénesthésies, des perceptions fragmentaires obsédantes, énervantes, angoissantes, réapparaissant parfois à chaque crise, constituent des formes monosymptomatiques des états cyclothymiques. S'il est vrai que la douleur marque souvent le début d'une affection organique du système nerveux, que soulignent des signes objectifs parfois concomitants mais ordinairement plus tardifs, il est beaucoup d'algies, transitoires ou durables, mais tout aussi pénibles, fréquemment associées à des troubles psycho-émotifs et qu'il est impossible de rapporter à une affection organique.

René CHARPENTIER.

Guérison spontanée d'un cas de mélancolie à la suite d'une apoplexie, par Alexander PILCZ (*Archives de neurologie de Bucarest*, IV^e année, n° 1, 1940).

Rappelant les cas de mélancoliques guéris, de façon temporaire ou durable, à la suite de tentatives de suicide par strangulation, le Professeur Alexander Pilcz rapporte l'observation d'une mélancolique anxieuse, âgée de 84 ans, qui présentait un ictus avec hémiplegie droite et aphasie transitoires. Sortie du coma, la malade, qui ne conserva qu'une légère paralysie faciale droite de type central, était complètement guérie de son état mélancolique et ne présentait aucun trouble psychique. Elle fut normale et lucide jusqu'à sa mort, qui survint 2 mois 1/2 plus tard. La comparaison avec un accès précédent (plus courte durée, guérison brusque opposée à une longue convalescence), rend peu probable une simple coïncidence.

Lange a décrit des accès de cyclothymie, dont le premier débute à la suite d'ictus, mais la guérison d'accès mélancoliques après ictus doit être assurément exceptionnelle.

René CHARPENTIER.

Syndrome d'Ehlers-Danlos chez un garçon de 12 ans, associé à une arriération mentale, par Clément LAUNAY (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 8 novembre 1940).

Garçon de 12 ans, arriéré intellectuel, présentant des troubles du développement (retard de croissance, microdentie, absence de lobule des oreilles) et le syndrome d'hyperlaxité cutanée et articulaire décrit par Ehlers et précisé par Danlos, avec de nombreuses cicatrices naissantes, de petites tumeurs molles des coudes et des genoux, des nodules fibreux intradermiques, des dyschromies multiples. Predisposition hémorragique sans aucun trouble de la crase sanguine.

Pour M. Clément Launay, cet ensemble de symptômes résulterait d'une dystrophie congénitale complexe frappant électivement la peau et les phanères, parfois le système nerveux, et datant du début de la vie embryonnaire.

R. C.

Altérations psychiques encéphalitiques et post-encéphalitiques, par M. HAMVAS (*La Presse médicale*, 11-14 décembre 1940).

Revue rapide des troubles psychiques, qui peuvent se produire au cours de l'encéphalite épidémique ou en être la conséquence. Les formes légères, avortées, sans lésions striaires ou pallidaires, n'en présentent généralement pas. Dans les formes hypersomniques-ophtalmoplégiques, on peut observer un « état apathique-stupide » (anomalies du tonus, inémotivité, sorte de « paralysie des sphères sensitives »), de durée variable et qu'on peut également rencontrer dans l'encéphalite hypercinétique et à la suite des phases délirantes. Les délires, qu'ils soient initiaux ou qu'ils accompagnent les états de sommeil ou les états hypercinétiques, sont les symptômes principaux. On a décrit également des cas d'amentia, de dépression, d'excitation.

Après la phase aiguë de la maladie, on a décrit des états psychiques post-encéphalitiques, analogues au parkinsonisme, tels que la bradypsychie ou,

dans les formes hypercinétiques, des états hypomaniaques (labilité de l'affectivité, irritabilité, hypervigilance, hypoténacité, taquinerie, excitation et versatilité d'une part et malignité d'autre part). A un début par agrypnie, à laquelle fait suite de l'excitation avec euphorie, une phase d'impulsivité avec malignité, méchanceté, succède bientôt, voisine de la « moral insanity ». Heureusement, ces états d'inhibition ou d'éréthisme, dont les symptômes sont d'ailleurs parfois associés, sont relativement peu fréquents. C'est surtout chez les enfants atteints d'encéphalite épidémique entre 5 et 15 ans qu'ils se produisent, et la perversion du caractère peut les conduire au délit et au crime.

René CHARPENTIER.

Influence de la dépression atmosphérique sur l'excitabilité des centres nerveux, par M. et M^{me} A. CHAUCHARD (*Société de biologie*, séance du 9 novembre 1940).

Etudiant, chez le cobaye, les variations de l'excitabilité réflexe et celle de l'excitabilité corticale, M. et M^{me} A. Chauchard ont constaté que, sous l'influence de la dépression atmosphérique, la chronaxie du réflexe médullaire s'abaisse, tandis que s'élève la chronaxie de l'écorce cérébrale.

Une pareille dissociation entre variations des chronaxies centrales et périphériques a été rarement observée. En général, l'isochronisme normal se maintient.

R. C.

De la valeur séméiologique du réflexe de la moue et du mouvement pendulaire des yeux au cours des états hypoglycémiques, par LAIGNEL-LAVASTINE, JULIO ASUAD et BOUVET (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 novembre 1940).

Dans les états hypoglycémiques graves, les troubles, en rapport avec le degré d'hypoglycémie et la quantité d'insuline injectée, débutent dès la chute de la glycémie, c'est-à-dire une dizaine de minutes environ après l'injection. Troubles vaso-moteurs, anhydrémie, hypertension veineuse et céphalo-rachidienne sont à la base des symptômes que l'on peut schématiser en quatre phases successives, sans que leur séparation soit d'ailleurs aussi nette.

Après une première phase de somnolence et de torpeur, avec grosse hypertension veineuse et céphalo-rachidienne, survient une deuxième phase, au cours de laquelle l'excitation motrice euphorique, bien que souvent accompagnée d'irritabilité, coïncide avec d'importants troubles vaso-moteurs, de la diaphorèse et de la mydriase. Dans une troisième période, d'inhibition corticale par hypoglycémie et anoxhémie, de libération des centres tonigènes ou régulateurs du tonus, d'irritation pyramidale, apparaissent spontanément ou à la percussion des mouvements tels que la préhension forcée et à la protrusion des lèvres. Ils précèdent de peu la quatrième phase, comateuse : les mouvements spontanés et les spasmes cessent, le tonus et les réflexes diminuent, des mouvements pendulaires des yeux, caractéristiques, disparaissent à leur tour en même temps que se manifestent des troubles respiratoires et des troubles cardiaques dès l'apparition desquels doit être arrêtée l'hypoglycémie.

R. C.

Observations sur le réflexe oculo-cardiaque spontané en ophtalmologie courante, par MÉNIGOT DE TREIGNY (*La Presse médicale*, 25-28 décembre 1940).

Le réflexe oculo-cardiaque d'Aschner n'est pas seulement un test d'examen que l'on peut provoquer à volonté dans un but de recherche, de même que l'on interroge une contractilité musculaire ou un réflexe tendineux. Ce syndrome clinique peut éclater brusquement et nécessiter, pour établir un diagnostic étiologique, un examen oculaire et général complet et attentif. L'auteur rapporte une observation dans laquelle l'angoisse, la douleur abdominale, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, le ralentissement du pouls constituaient un réflexe oculo-cardiaque lié à l'hypertension oculaire d'un glaucome aigu ayant agi à la manière d'une compression, et dont la preuve put être faite par le traitement en moins d'une heure. Le traumatisme, certaines opérations oculaires de pratique courante peuvent également déclencher un réflexe oculo-cardiaque et la présence d'un globe oculaire ne serait même pas strictement indispensable.

La plupart des auteurs admettent que le réflexe oculo-cardiaque est dû à la compression des branches de l'ophtalmique par l'intermédiaire des fibres se rapportant à la sensibilité profonde et dont l'irritation se transmettrait au pneumogastrique.

Le moyen le plus rapide et le plus efficace de faire cesser ces crises est de faire une injection rétro-bulbaire d'une solution à 2 pour 100 de novocaïne-adréraline. Si la cause du réflexe est dans l'œil, il faudra aussi, naturellement, agir immédiatement sur l'hypertension causale.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

Contribution au problème des connexions neuro-entoblastiques, par E. VON CAMPENHOUT (*Bull. de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 1940-3, séance du 30 mars 1940).

Les relations entre le système nerveux autonome et les organes viscéraux peuvent présenter des degrés d'intimité extrêmement divers, depuis l'innervation simple par des fibres nerveuses venant de cellules plus ou moins éloignées jusqu'à l'intrication plus ou moins intime de cellules épithéliales et de cellules nerveuses caractérisant les complexes neuro-épithéliaux. M. E. van Campenhout étudie la connexion particulièrement étroite des éléments épithéliaux d'origine entoblastique et les éléments du système nerveux autonome dans la paroi du tube digestif de l'embryon de vache. Ces beaux documents constituent la première contribution embryogénétique normale à la notion de l'apport des cellules entoblastiques à la constitution des ganglions nerveux intraviscéraux. L'auteur y décrit le bourgeonnement massif de cellules entoblastiques, dont il a suivi l'évolution pendant toute la vie embryonnaire, assistant à la transformation de certaines cellules migratrices argentaffines en éléments ne pouvant être distingués des neuroblastes.

A partir de ce moment, les ganglions intraviscéraux sont donc constitués d'éléments qui ont émigré le long des nerfs mésentériques et d'éléments nés sur place aux dépens de l'épithélium endoblastique. Il est actuellement impossible de différencier ces deux lignées d'éléments neuroblastiques et il est

difficile d'affirmer que les cellules argentaffines ayant acquis des caractères neuroblastiques ou neuroblastoides sont entièrement équivalentes aux véritables neuroblastes émigrés dans la paroi duodénale par la voie des nerfs extrinsèques. Seules les méthodes expérimentales permettraient de pousser l'analyse des faits jusqu'à démonstration formelle.

La notion morphologique d'un neurontoderme, émise par Masson, paraît donc trouver ici une vérification.

René CHARPENTIER.

Altérations anatomiques des nerfs périphériques au cours des déséquilibres alimentaires, d'origine lipidique et d'origine protidique, par Ivan BERTRAND et Raoul LECOQ (*Académie des sciences*, séance du 14 octobre 1940).

Bien qu'affectant profondément, la morphologie cylindraxile, les lésions nerveuses périphériques des déséquilibres lipidique et protidique n'interrompent jamais la continuité neuritique.

Entrainant des dégénérescences tubulaires massives et des fragmentations étendues, irréversibles, le déséquilibre glucidique aigu est infiniment plus redoutable que les déséquilibres lipidique et protidique, dont les poussées dégénératives, vraisemblablement suivies de temps d'arrêt, restent atténuées.

R. C.

Le problème de l'évolution maligne de la tumeur royale dans une maladie de Recklinghausen à caractère familial, par René HUGUENIN et S. BURI et J. BARDET. *Revue neurologique*. T. LXXII, n° 3, p. 287-315, septembre 1939.

La tumeur initiale siège dans la partie fessière du sciatique droit. Les métastases ont envahi les nerfs qui sont le siège de processus dégénératifs et prolifératifs. Les conditions héréditaires, l'évolution, la présence des taches pigmentaires imposent le diagnostic de maladie de Recklinghausen. Toutefois les caractères de la tumeur appellent certains correctifs. Ils sont comparables à ceux d'un sarcome polymorphe. Les auteurs assimilent les neurinomes malins et les sarcomes, tumeurs formées au niveau d'éléments nerveux à malignité souvent locale.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Sur certaines erreurs de technique et d'interprétation dans la physiologie normale et pathologique du système nerveux de la vie végétative à l'état normal et à l'état pathologique. Terminologie à employer, par D. DANIELOPOLU (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie*, séance du 2 mars 1940).

C'est, en premier lieu, au manque de précision des méthodes d'enregistrement employées en clinique que sont dues les conclusions confuses et contradictoires auxquelles aboutissent trop souvent les recherches cliniques sur la pathologie du système nerveux de la vie végétative. M. Danielopolu rappelle les avantages de ses méthodes tensio-électrocardiographique et tensio-plethysmographique et de la méthode viscérographique. Il rappelle

également que l'épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme, proposée par lui, est la seule qui permette d'étudier les modifications du tonus végétatif.

Il faut éviter la confusion entre ce qu'on appelle en anatomie grand sympathique et ce que l'on entend en physiologie sous le nom de groupe sympathique. L'auteur insiste également sur l'absence d'autonomie du système nerveux de la vie végétative. Vagotonie et sympathotonie sont extrêmement rares. Les modifications les plus fréquentes du tonus végétatif sont l'amphotonie et l'hypoamphotonie. Dans beaucoup de syndromes végétatifs, il faut attacher au facteur local une importance considérable.

Les trois lois fondamentales du fonctionnement du système nerveux de la vie végétative, établies en 1928 par M. Danielopolu (loi de l'amphotropisme, loi des prédominances, loi du mécanisme circulaire amphotrope), ont été confirmées par les recherches ultérieures.

L'auteur appelle *sympathomimétique*, *parasympathomimétique* et *amphomimétique* tout facteur qui agit d'une manière identique à l'excitation du sympathique, du parasympathique, ou des deux nerfs. Il désigne sous les termes *hyposympathicotonie*, *hypoparasympathicotonie* et *hypoamphotonie* les facteurs qui empêchent l'action du sympathique, du parasympathique ou des deux nerfs. Il entend par *sympathicotrope*, *parasympathicotrope* et *amphotrope* tout facteur (tels les réflexes) agissant par le sympathique, par le parasympathique ou par les deux nerfs. Il se sert des termes *sympathicotonie*, *parasympathicotonie*, *amphotonie*, *hyposympathicotonie*, *hypoparasympathicotonie* et *hypoamphotonie* pour caractériser les états pathologiques d'élévation ou de diminution du tonus de l'organe terminal dans le sens sympathique, dans le sens parasympathique ou dans les deux sens.

R. C.

Introduction à l'étude expérimentale du problème de l'hallucination, par K. AGADJANIAN. *Archives internationales de Neurologie*, n° 8-9-10, p. 179-215, octobre-novembre-décembre 1939, n° 1, p. 11-26, janvier 1940.

Chez 21 sujets hallucinés, M. Agadjanian recherche l'état des activités sensorielles, du système nerveux et des fonctions végétatives. Les types sont choisis aussi divers que possible : délirants chroniques, cœnestopathes, traumatisés, individus normaux mescalinisés.

L'auteur, ayant décrit les perceptions des hallucinés, retient l'importance de la notion d'effort. C'est l'effort qui différencie la perception normale de l'évocation. Il est nul chez le rêveur qui, privé d'une décharge extérieure, reçoit des sensations plus esthésiques. Entre la perception normale et l'hallucination s'interpose la *post-image* qui peut se dédoubler comme la perception mais se transformer en hallucination. Une intéressante tentative de réalisation de la post-image est réalisée avec les impressions rétiniennes. Reste à déterminer le rôle de l'*inhibition* et des troubles *associatifs*. Ces éléments expliquent en partie la diversité des délires, l'interprétation étant la variable et l'hallucination le phénomène relativement fixe.

En conclusion nous nous trouvons devant le problème essentiel, celui des relations entre l'hallucination et la conscience. Quand l'expérience est réalisée la psychogénèse avance ses conceptions et le physiologiste retrouve ses inconnues, mais la recherche méthodique a précisé certains phénomènes et elle n'aura pas été accomplie en vain.

P. CARRETTE.

Le brome de l'économie à l'état normal et pathologique, par URECHIA et Mme REIEZEANU. *Archives internationales de Neurologie*, n° 2, p. 27-50, février 1940.

Les résultats concordants des différentes méthodes de dosage prouvent que le brome sanguin varie avec le contenu du plasma et de l'alimentation en chlorure de sodium. L'hypobromémie de la psychose maniaque-dépressive peut fournir un élément du diagnostic différentiel avec la démence précoce. Des études intéressantes sont en cours sur les variations du brome après traitement par les substances chimiques et les extraits glandulaires.

P. CARRETTE.

La diffusion du « Treponema pallidum » dans l'organisme, par C. LEVADITI, A. VAISMAN, et D. ROUSSET-CHABAUD (*Académie de Médecine*, 12 novembre 1940).

Introduit dans l'organisme de la souris blanche, le virus syphilitique se répand dans certains organes et dans le revêtement cutané, constituant une infection inapparente. MM. C. Levaditi, A. Vaisman et D. Rousset-Chabaud ont effectué des inoculations par voie sanguine et névraque. C'est, en premier lieu, le système lymphatique qui manifeste sa virulence et sa parasitose, alors que l'infectiosité du sang circulant est très variable. Malgré cette dispersion massive, le cerveau des souris inoculées par voie transcranienne n'offre ni modifications histopathologiques appréciables, ni spirochètes décelables, alors qu'une virulence, à la fois précoce et presque constante, signale la présence du virus dans les tissus de l'encéphale. Les conditions nécessaires à une pullulation active du tréponème, conditions réalisées par certains organes et par le revêtement cutané, manquent donc.

Cette défense du système nerveux normal contre le tréponème domine la pathogénie du tabes et de la paralysie générale. Elle ne fléchit que sous l'influence de souches tréponémiques particulièrement neurotropes ou par l'intervention d'un état allergique associé à des facteurs tels que le surmenage, des intoxications, survenant à la période tardive d'une syphilis héréditaire ou acquise.

R. C.

Etude expérimentale d'un pneumobacille isolé des urines d'une encéphalitique psychosique azotémique, par M. LAIGNEL-LAVASTINE, LÉVY-BRUCHL, Maurice BOUVER et FOLLIN (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 novembre 1940).

Ayant isolé des urines d'un malade atteint d'un délire aigu rentrant dans le cadre des encéphalites psychosiques azotémiques, un bacille intermédiaire au colibacille et au pneumobacille de Friedländer, les auteurs exposent ici les résultats de leur étude bactériologique.

Des injections sous-arachnoïdiennes de cet agent à des lapins, à des cobayes, à un chat, ont déterminé à la fois des lésions encéphaliques et des troubles du métabolisme azoté analogues aux résultats obtenus par M. Bouver dans l'intoxication expérimentale par le chlorhydrate de guanidine. D'où l'hypothèse émise par les auteurs que l'azotémie de l'encéphalite psychosique serait d'origine extra-rénale et fonction de la protéolyse tissulaire, particulièrement encéphalique.

R. C.

Accoutumance à la morphine chez la grenouille et hypothèses sur son mécanisme, par Raymond CAHEN (*Académie des Sciences*, séance du 2 décembre 1940).

Ayant réalisé chez la grenouille l'accoutumance à la morphine, non seulement par accoutumance générale (tolérance aux doses toxiques et mortelles), mais par accoutumance d'organe (cœur), l'auteur a trouvé sensiblement identiques, que l'animal soit ou non accoutumé, les quantités de morphine fixées sur le cœur. Ces faits semblent établir que l'accoutumance à la morphine, par un organe tel que le cœur de la grenouille, ne résulte ni d'une destruction accrue du poison, ni d'une fixation moindre par cet organe, mais d'une diminution de réactivité de l'organe accoutumé.

R. C.

ENDOCRINOLOGIE

L'innervation de l'hypophyse. Son importance dans l'interprétation des syndromes dits hypophysaires, par G. ROUSSY et M. MOSINGER (*Revue neurologique*, t. LXXII, n° 5, p. 437-447, 1939-1940).

Les faisceaux neuro-glandulaires qui aboutissent aux lobes postérieurs et intermédiaires de l'hypophyse seraient issus des noyaux hypothalamiques. Le lobe antérieur recevrait son innervation par l'intermédiaire du ganglion cervical supérieur. Telle était l'opinion générale. Les données physiologiques et pathologiques vérifiaient le fait que seul le lobe antérieur était privé d'une innervation parasymphatique. Les connexions avec les voies optiques et les centres excito-sécrétoires du lobe antérieur expliquaient la fonction gonadotrope et le diabète insipide par lésion hypothalamique était dû à une inhibition paralytique de la fonction antidiurétique du lobe postérieur.

Or, MM. Roussy et Mosinger ont pu suivre dans l'hypophyse du bœuf, sur des coupes imprégnées à l'argent, des fibres du faisceau hypothalamo-hypophysaire, se rendant au lobe antérieur par la zone de transition sous-capsulaire. L'existence de ces éléments nerveux permet d'interpréter rationnellement le jeu réflexe de chaque partie de l'hypophyse.

P. CARRETTE.

Le diabète et les glycosuries consécutifs aux traumatismes du système nerveux central, par J. LE MELLETIER (*La Presse médicale*, 31 juillet-3 août 1940).

Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour considérer le diabète traumatique comme très rare. D'autre part, on constate assez souvent après les traumatismes crâniens une glycosurie passagère. Et Rathery a montré qu'une glycosurie passagère, ne durant habituellement pas plus de trois jours, n'est pas rare chez les blessés des membres. La relative fréquence de ces glycosuries transitoires s'oppose à la grande rareté du diabète vrai, durable, à la suite d'un traumatisme crânien, chez un sujet non antérieurement glycosurique.

Des expériences de Camus, Roussy, Gournay, Le Grand, Aschner, Goor-

magtigh, de Wülf, Houssay, Molinelli, Bailey, Bremer, Verne, Le Melletier, il semble résulter que le diabète consécutif aux lésions du système nerveux central n'est pas la conséquence d'un déficit isolé de la sécrétion insulinaire, ni de l'hyperfonctionnement isolé de la surrénale ou de l'hypophyse, mais résulte au contraire d'une rupture d'équilibre entre le fonctionnement des glandes endocrines hyperglycémiantes et hypoglycémiantes normalement harmonisé par le système nerveux et surtout par les formations grises de la région hypothalamique dont le rôle régulateur des fonctions métaboliques apparaît actuellement des plus important.

R. C.

Hypertrophie musculaire généralisée du nourrisson et hypothyroïdie congénitale (syndrome de Debré-Semelaigne), par H. DARRÉ, P. MOLLARET, Mme ZAGDOUN et Mlle OEHMICHEN. *Revue neurologique*. T. LXXII, n° 3, p. 249-281, septembre 1939.

L'hypertrophie musculaire du nourrisson comporte trois variétés d'un intérêt inégal : 1° l'état myotonique du type maladie de Thomsen dont la réalité n'est pas admise par les auteurs du présent mémoire ; 2° le syndrome de Cornelia de Lange qui comporte, outre l'hypertrophie musculaire généralisée, le déficit intellectuel et des troubles extra-pyramidaux ; 3° le syndrome de Debré-Semelaigne, hypertrophie musculaire du nourrisson curable par le traitement thyroïdien. Dans l'observation rappelée par M. Darré et ses collaborateurs on n'observait pas d'anomalies de la contraction musculaire, mais par contre toute une série de signes de la série myxœdémateuse : retard général du développement, facies typique, langue énorme, hypothermie, constipation, anémie. Le traitement thyroïdien à doses progressivement élevées et poursuivi pendant des mois a donné une amélioration considérable portant non seulement sur le myxœdème mais aussi sur l'hypertrophie musculaire.

P. CARRETTE.

Hypertrophie musculaire sans myotonie chez un nourrisson de 7 mois avec retard général de développement par hypothyroïdie congénitale (Syndrome de Debré-Semelaigne). Examen électrique, par George BOURGUIGNON. *Revue neurologique*. T. LXXII, n° 3, p. 282-286, septembre 1939.

Examen de la petite malade de MM. Darré et Mollaret pratiqué au 7^e mois. Les chronaxies sont augmentées ; celles des points moteurs proximaux étant supérieures à celles des points distaux. Les résultats impliquent un retard de développement en rapport soit avec un développement inégal des fibres d'un même muscle, soit avec l'hypertrophie pathologique.

P. CARRETTE.

Rhumatisme chronique et parathyroïdes, par R. TURPIN. *Le Progrès médical*, n° 46 47, p. 1297-1304, 25 novembre 1939.

La découverte des troubles osseux liés au dysfonctionnement des parathyroïdes a incité les auteurs à introduire ce facteur étiologique dans leurs recherches sur les ostéopathies. Le rhumatisme chronique n'a pas fait

exception. Aujourd'hui, la thèse du rhumatisme parathyroïdien ne peut plus être défendue. Ni l'endocrinothérapie, ni l'intervention chirurgicale n'ont donné des résultats durables. Les succès inconstants et transitoires sont attribués par M. Turpin à une action sur le parasymphatique.

P. CARRETTE.

THERAPEUTIQUE

Le rôle de la vitamine B₁ dans la genèse et le traitement de certaines affections du système nerveux central, par Henri SCHAEFFER (*La Presse médicale*, 7-10 août 1940).

Depuis qu'Eijkman, en 1896, attira l'attention sur les rapports des avitaminoses et des maladies du système nerveux, de nombreux travaux sont venus confirmer le rôle de l'avitaminose B₁ dans la genèse des polynévrites. Cette action ne se borne pas aux affections du système nerveux périphérique.

L'existence d'altérations du système nerveux central au cours de l'avitaminose B₁ relève de constatations expérimentales, étiologiques et anatomopathologiques (Demole, McCormick). Ce sont les troubles mentaux d'origine toxique, les syndromes psycho-polynévritiques qui furent traités d'abord par la vitamine B₁ avec des résultats d'ailleurs variables (Brodsky, Friedman, Bersot, Martimor et Neveu, Bowman, Goodhart et Joliffe). Mais l'emploi de la vitamine B₁ est susceptible de donner des résultats thérapeutiques dans un certain nombre d'affections aiguës ou chroniques relevant d'une lésion cérébrale ou médullaire : encéphalite épidémique, poliomyélite, syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, atrophie musculaire progressive, myopathie pseudo-hypertrophique, sclérose latérale amyotrophique, états amnésiques d'origine multiple (McCormick), myéloses funiculaires (Mussio-Fournier et Rawak).

A noter la complexité de l'action de la vitamine B₁ dans l'organisme, et la multiplicité des causes qui, dans les conditions de vie actuelles, peuvent déterminer un appauvrissement de l'organisme en vitamine B₁.

L'administration de la vitamine B₁ se fait plus communément par la voie buccale associée à la voie parentérale qui paraît plus efficace (injection hypodermique ou intraveineuse). La voie épидurale et la voie sous-arachnoïdienne ont été utilisées pour porter la vitamine B₁ directement au contact des centres nerveux.

Il semble, conclut M. Henri Schaeffer, que la vitamine B₁ ait une *action curative* supérieure à celle des autres agents thérapeutiques employés jusqu'ici dans un certain nombre d'affections aiguës et chroniques du système nerveux central, d'origine infectieuse et toxique, mais aussi une *action préventive* si on l'associe au régime alimentaire de sujets en état de carence vitaminique.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations cliniques ou anatomo-pathologiques, aura lieu le *jeudi 14 novembre 1940*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 novembre 1940*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 16 décembre 1940*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 janvier 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 février 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie

M. le Docteur Henry MEIGE, Professeur honoraire d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts, Membre de l'Académie de Médecine, ancien Secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris et de la Réunion Neurologique Internationale, *membre titulaire honoraire de la Société Médico-psychologique*.

Légion d'Honneur

Ministère de la Guerre.

Vu le décret du 5 septembre 1939, relatif à la création d'un contingent spécial de décorations, sont inscrits au tableau spécial de la *Légion d'Honneur* :

pour le grade d'*Officier* :

MM. les D^{rs} PAUL ABÉLY, André CEILLIER, J. EUZIÈRE, PAUL GOURIOU, MOLIN DE TEYSSIEU, *membres de la Société Médico-psychologique.*

pour *Chevalier* :

MM. les D^{rs} Th. ALAJOUANINE, Rémy COURJON, *membres de la Société Médico-psychologique.*

ACADÉMIE DES SCIENCES**Prix de l'Académie des Sciences**

Parmi les prix décernés par l'*Académie des Sciences* dans la séance annuelle du 23 décembre 1940, le *Prix Lallemand* (1.800 francs) a été décerné à M. le Professeur Frédéric BREMER (de Bruxelles), pour ses travaux sur les *mécanismes fondamentaux du système nerveux*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le D^r BOURGUIGNON a été élu *Membre de l'Académie de Médecine* (Section des Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles), à la séance du 19 novembre 1940.

UNIVERSITÉ DE PARIS**Faculté de Médecine**

A la séance du Conseil de Faculté du 10 octobre 1940, M. le Professeur Alphonse BAUDOUIN a été élu à l'unanimité *Doyen de la Faculté de Médecine de Paris*.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COURSLANT (*personnel intéressé*)
à Cahors (France). — 61.116



